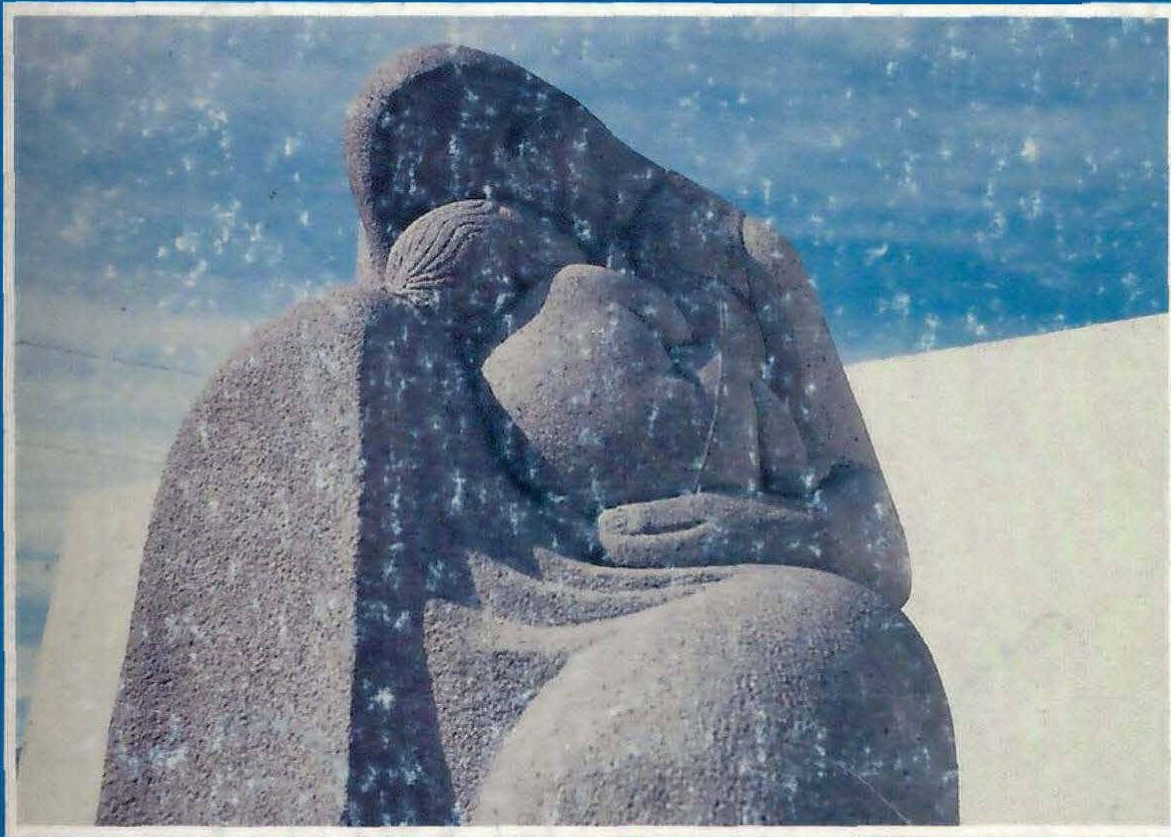


**CAJA COSTARRICENSE
DE
SEGURO SOCIAL**



**MEDIO SIGLO
CONSTRUYENDO
LA SALUD
DE UN PUEBLO**

San José. 1991

**CAJA
COSTARRICENSE
DE SEGURO
SOCIAL**

**MEDIO SIGLO
CONSTRUYENDO
LA SALUD
DE UN PUEBLO**

INDICE

PRESENTACIÓN

Dr. Elías Jiménez
Presidente Ejecutivo de la CCSS

INTRODUCCIÓN

I.- SURGIMIENTO Y DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

- 1.- La mayor conquista de un pueblo
- 2.- Situación actual
- 3.- Los indicadores de Salud: producto de un ideal

II.- LA SITUACIÓN FINANCIERA

- Hacia una solidez económica estable

III.- AL SERVICIO DE LA COMUNIDAD

- 1.- Estructura organizativa
- 2.- Los niveles de atención
- 3.- Tecnología y Salud
- 4.- Hacia un cambio en el sistema de atención

IV.- CULTURA Y SEGURIDAD SOCIAL

- 1.- Arte y Salud
- 2.- Arquitectura y Seguridad Social

V.- PROYECCIONES Y POLÍTICAS

- 1.- La prevención: arma contra las enfermedades crónicas
- 2.- El régimen de las pensiones
- 3.- Capacitación y Salud
- 4.- Perspectivas institucionales

PORTADA

"Maternidad", Escultura en granito debida a la creación de Paco Zúñiga, destacado artista costarricense del movimiento de "La Generación Nacionalista". Esta escultura inspiró el emblema de la CCSS. Actualmente se encuentra en el jardín exterior del Hospital Materno Infantil "Carit", en San José.

CONTRAPORTADA

Edificio de las Oficinas Centrales de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el Centro de San José.

PRESENTACION

Dr. Elías Jiménez Presidente Ejecutivo

Hace medio siglo, por Ley No. 17 del 1 de noviembre de 1941, se creó la Caja Costarricense de Seguro Social, con la misión de administrar los seguros sociales en nuestro país.

Correspondió al Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, como Presidente de la República entre 1940 y 1944, el honor histórico de haber promulgado la mencionada Ley. Fue una de sus grandes obras: su obra predilecta.

En la exposición de las razones con que fundamentó ante la Asamblea Legislativa la necesidad de la nueva institución, el Dr. Calderón Guardia mencionó entre otros conceptos no menos trascendentales, los siguientes:

“Su aspecto más original e interesante -de la CCSS- es que tiende a realizar la unificación de los esfuerzos nacionales en cuanto a conseguir un mejor nivel de salud para los costarricenses... Lo que nos permite afirmar que la implantación del Seguro Social en Costa Rica, marca una etapa decisiva en la marcha de las instituciones democráticas nacionales.

“El país no ha sentido aún las agitaciones y luchas de clases que han dividido y sangrado a otros pueblos. Ello, no obstante, sería cerrar los ojos a la realidad el no ver que existe un verdadero problema social, derivado esencialmente del bajo salario y de la imposibilidad de las clases trabajadoras para hacer frente a circunstancias anormales de su vida, como son las que se producen por la enfermedad, la invalidez, la vejez, la muerte y la cesantía.

“El campesino o el obrero, el empleado particular o público no tiene medios económicos suficientes para



El Presidente de la República, Lic. Rafael Angel Calderón Fournier, se dirigió a los asistentes al Congreso del Cincuentenario, en agosto pasado, acto con el que se iniciaron las celebraciones por el aniversario de la CCSS, fundada medio siglo atrás durante el gobierno del Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, padre del actual mandatario.

ahorrar el dinero que necesita para solventar esas circunstancias anormales y, por lo mismo, tiene que ser el Estado el que acuda a ampararlo; pero, las sumas que gasta el Estado en instituciones de asistencia son exorbitantes, y llegará el momento en que no pueda hacer frente a las necesidades del asalariado, que crecen constantemente y que se basan en una justicia indiscutible.

El Presidente Ejecutivo de la CCSS, el Dr. Elías Jiménez Fonseca, científico de la medicina y estudioso de la problemática social. Durante su gestión, la política fundamental de la CCSS consiste en elevar la calidad en la prestación de los servicios y mejorar las relaciones humanas. Igualmente se enfatiza en la educación para la salud, de manera que la oferta de servicios crezca cualitativa más que cuantitativamente, al mismo tiempo que se economizan recursos. Se educa al usuario para curarlo, con lo que busca configurar la demanda ideal frente a la oferta posible.



“No puede ser por lo mismo indiferente al dolor y la miseria de sus componentes. Fenómenos como el de la mortalidad infantil en nuestro país, son el índice acusador de una sociedad que en otros aspectos está muy avanzada pero que en éste denota insuficiente organización.

“Por medio del Seguro Social no quedarán resuel-

tos todos nuestros males sociales pero sí serán mitigados muchos de ellos y en definitiva se colocará al trabajador costarricense en un pie de mayor justicia, equiparándose su situación a la que gozan sus iguales en los países más civilizados del mundo.

“Los Seguros Sociales obligatorios han sido la base de estabilidad nacional para países de una constitución económica parecida a la nuestra; esa misma función de mayor justicia y de tranquilidad interna, para lo futuro, es acaso uno de los aspectos más importantes del sistema. Sabemos que su aplicación aparejará críticas de los mismos a quienes va a beneficiar, lo mismo que de aquellos que soportarán sus cargas, pero la seguridad de que actuamos en un plano superior, la idea de que buscamos únicamente el máximum de bienestar para las clases más desvalidas de la República, dentro de nuestras posibilidades reales, el sentimiento de que nos guía una justicia que a menudo olvidan los hombres, a pesar de que fue proclamada hace ya veinte siglos por el Redentor, nos dará fortaleza para prestarle nuestro apoyo decidido y tenaz.”

Tales fueron algunos de los conceptos esenciales que inspiraron a los creadores del Seguro Social. Y ahora, cincuenta años después, podemos señalar la precisión visionaria de quienes con valentía, emprendieron la realización de lo que entonces no era más que un sueño.

Los mismos ideales inspiraron a quienes se dieron a la tarea de hacerlo realidad, entre cuyos nombres ilustres no se puede olvidar al Lic. Miguel Brenes Gutiérrez, distinguido abogado que ocupó la Secretaría de Trabajo y Previsión Social durante la administración del Dr. Calderón Guardia.

Don Octavio Beeche, Presidente de la primera junta directiva de la Institución. El Expresidente de la República, don Julio Acosta García, patriota de reconocidos méritos, llamado para desempeñar la primera Gerencia de la Caja.



La dirección superior de la CCSS la ejerce la Junta Directiva, el Presidente Ejecutivo y los Gerentes de las Divisiones. El Dr. Elías Jiménez Fonseca desempeña la Presidencia Ejecutiva y la Presidencia de la Junta Directiva de la CCSS, cuya Vicepresidencia está a cargo del Lic. Samuel Hidalgo Solano, quien es representante de los empresarios de comercio. La Junta Directiva, además, está integrada por el Sr. Roberto Quirós Coronado y el Sr. Rodolfo Salas Salas, representantes de los empresarios de la industria y la agricultura, respectivamente; el Sr. Miguel Ángel Calderón Sandi, el Pbro. Claudio María Solano Cerdas y el Sr. Norman Asenjo Quirós, representantes de los trabajadores sindicalistas, solidaristas y cooperativistas, en su orden, y en representación del Estado, la Licda. Graciela Morenó Ulloa y el Msc. Carlos Rodríguez Peyton, quien en setiembre sustituyó al Lic. Carlos Zamora. Como Gerentes de División figuran el Lic. Salomón Rodríguez Lobo, Administrativo; el Lic. Jorge Arturo Hernández Castañeda, Financiero; el Dr. Eduardo Sánchez Joyel, Médico; el Ing. Carlos Quesada Solano, de Operaciones. El Lic. Carlos Guillermo Schmidt, auditor. La señora Emma Zúñiga es la secretaria de la Directiva.

El Dr. Guillermo Padilla Castro, ilustre intelectual y catedrático que desempeñó la Subgerencia, brindó distinguidos servicios a la Institución y fue uno de los redactores del proyecto de ley de creación.

En la efemérides del cincuentenario, también ocupan lugar preponderante Monseñor Víctor Sanabria, Obispo de la Iglesia Católica -dentro de la cual tiene tanta importancia la cuestión social- quien brindó todo su apoyo moral e intelectual, a la transformación que se debatía en la Costa Rica de aquellos días.

Lo mismo que don Manuel Mora Valverde, entonces diputado por el Partido Vanguardia Popular, quien también dio total respaldo a la Ley Constitutiva.

Otros distinguidos costarricenses que contribuyeron al establecimiento del Seguro Social fueron el Dr. Mario Luján, don Jorge Volio, don José Albertazzi Avendaño y don Carlos María Jiménez.

Entre los primeros funcionarios de la CCSS destacaron los señores Oscar Barahona Streber, Fabián Dobles y Enrique Benavides, y entre los médicos que inicialmente asumieron la responsabilidad de los servicios, los doctores Julio César Ovarés, Esteban López Varela, Carlos Sáenz Mata, Mariano Durán y José María Ortiz Céspedes.

Cuando se ha alcanzado el medio siglo de existencia institucional, se hace necesario como homenaje a sus iniciadores, pasar revista al proceso mediante el cual el Seguro Social ha llegado hasta el lugar en que se encuentra hoy. Ese proceso está señalado por etapas y acontecimientos importantes que han ocupado las sucesivas décadas de la vida de la Institución.

Los dos primeros años de su existencia, la Caja se ocupó de su propia organización, de emitir sus reglamentos y de divulgar sus objetivos y servicios.

Desde sus inicios la CCSS aplicó el principio de extensión gradual de sus servicios. Así, el Seguro de Enfermedad y Maternidad iniciado en noviembre de 1941, antes de cumplir un año se había implantado en las

regiones urbanas más densamente pobladas del país, incluidas el área metropolitana y las principales cabeceras de provincia, aunque sólo cubría a trabajadores con salario inferior a cuatrocientos colones por mes y sin beneficio familiar.

Al finalizar la década de los cuarenta, la Caja cubría en Enfermedad y Maternidad al 8 por ciento de la población total del país y al 23 por ciento de la población económicamente activa.

En la década de 1950 a 1960 se fue configurando el concepto costarricense de la Medicina Social, con todas sus repercusiones innovadoras y ciertamente trascendentales. Ello fue más evidente al extenderse el Seguro de Enfermedad y Maternidad al grupo familiar del trabajador, lo que originó inmediatamente cambios profundos, incluso en la organización de los servicios de salud, que de un día para otro tuvieron que enfrentar una demanda masiva: en el viejo Hospital Central (actual Hospital "Dr. Rafael Angel Calderón Guardia"), por ejemplo, hasta los pasillos se llenaron de camas y enfermos.

Al finalizar esa década, la Caja cubría en Enfermedad y Maternidad al 18 por ciento de la población total del país y al 27 por ciento de la población económicamente activa. En Invalidez, Vejez y Muerte, estaba protegido el 7 por ciento de la población total y el 8 por ciento de la población económicamente activa.

El 12 de mayo de 1961, por Ley No. 2738, se introdujo una reforma constitucional de gran importancia, que impuso a la CCSS la obligación de universalizar los seguros sociales puestos a su cargo. No por casualidad, en esa década que se iniciaba se produjo la expansión más notable de la Institución.

De 1962 a 1966 se extendió el Seguro de Enfermedad y Maternidad a zonas típicamente rurales. En 1965 se acordó la protección familiar en el área metropolitana, con lo que desapareció toda forma de protección incompleta.

Simultáneamente la Caja emprendió la construc-

Al finalizar la década de los cuarenta, la CCSS sólo cubría en Enfermedad y Maternidad, al 8 por ciento de la población total del país. Antes de cumplirse la tercera década de existencia de la CCSS, dicha cobertura se extendía al 45 por ciento de la referida población.

ción de instalaciones propias, tanto hospitales como clínicas de consulta externa. Se contrató servicios con los hospitales gubernamentales o de Juntas de Protección Social de las localidades donde la CCSS no contaba con infraestructura propia, para dar la atención a los nuevos asegurados.

Por Ley No. 4750 del 30 de marzo de 1971, se reformó el artículo 3º de la Ley Constitutiva de la Caja y se eliminó toda forma de tope excluyente en Enfermedad y Maternidad, lo que constituyó de por sí una extensión del régimen.

Antes de cumplir su tercera década de existencia, la Caja cubría en el Seguro de Enfermedad y Maternidad al 38 por ciento de la población activa del país, un 45 por ciento de la población total y un 60 por ciento de la población asalariada. En Invalidez, Vejez y Muerte protegía al 28 por ciento de la población total y el 24 por ciento de la población activa.

En 1971 se reguló la universalización por etapas y se autorizó a la Institución a coadyuvar en la atención de los indigentes, en los casos de riesgos y accidentes profesionales y en los programas de medicina preventiva.

En setiembre de 1973 se promulgó la Ley No. 5349 que amplió los recursos materiales, humanos y financieros del Seguro Social para que extendiera sus servicios a toda la población bajo un solo servicio de atención médica integral, mediante el traspaso de capacidad física instalada y sus fuentes de financiamiento, y la obligación de atención de la población asegurada y no asegurada.

Al entrar en la quinta década de vida de la Institución se procedió a integrar los servicios, principalmente entre el Ministerio de Salud y la CCSS, y se puso en marcha nuevos modelos de atención.

La limitación de recursos económicos producto de la crisis, junto con las seguras repercusiones futuras, así como la necesidad de orientar el gasto principalmente

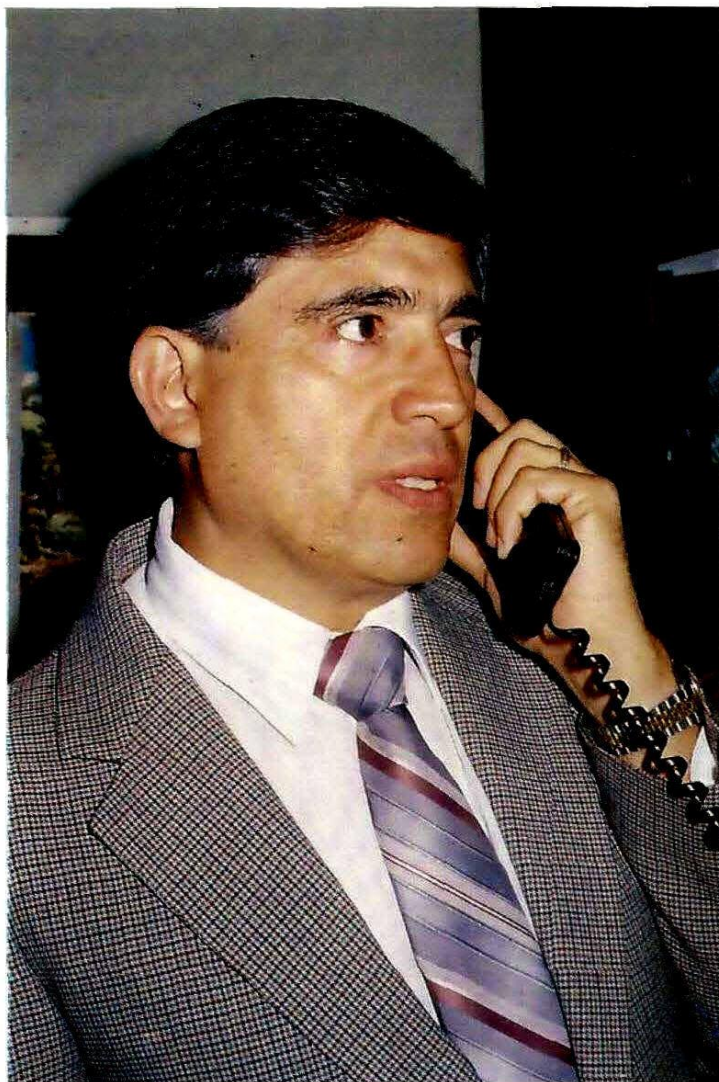
hacia la prevención, para disminuir el costo en la enfermedad mediante el aumento de la salud, determinaron la integración de los servicios.

Dicha integración, sin embargo, tuvo efectos adicionales muy positivos, al proyectar hacia la opinión pública, el hecho de haberse constituido una sola voluntad institucional capaz de hacerle frente en forma coordinada, a los distintos factores de inseguridad y malestar.

La integración de servicios, además, planteó por primera vez la posibilidad y la necesidad de que las comunidades participaran directamente en los programas no sólo preventivos, sino también en los curativos.

En ocasión del Congreso del Cincuentenario, en agosto, el Presidente de la República, Lic. Calderón Fournier, y el Presidente de la CCSS, Dr. Jiménez Fonseca, firmaron con el Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, Lic. Emilio Gamboa Patrón, un convenio bilateral de cooperación que permitirá el intercambio de experiencias y la ejecución de programas conjuntos en pro del bienestar de ambas naciones.





El Lic. Salomón Rodríguez Lobo, Gerente División Administrativa, cuya experiencia en tales funciones supera la década de servicio, pues asumió ese cargo en 1979.

En 1987 la CCSS introdujo nuevos modelos de atención, especialmente en los servicios ambulatorios. Se creó el "Médico de empresa" y la "Medicina mixta", al tiempo que se iniciaba el plan piloto de la comunidad de Barva, para utilizar, por primera vez, un modelo de "capitación" que luego fue transferido en su experiencia a las nuevas clínicas de Pavas, Coronado y Tibás, con

participación del cooperativismo y del enfoque del médico de familia.

Las decisiones anteriores se tomaron en la convicción de que es necesario restituir la confianza en la relación del médico con sus pacientes.

La desconcentración emprendida es el elemento que da el marco de organización y funcionamiento a un concepto novedoso de relación entre la sede central de la Caja y sus órganos periféricos. Marca un compromiso estructural y a la vez filosófico que fortalece la regionalización y apoya la gestión administrativa y el servicio a los asegurados de manera que correspondan a sus necesidades, lo más cerca posible de su comunidad, de su familia.

Pero la desconcentración por sí sola no es suficiente si no se le dota de ingredientes que comprometan indefectiblemente la relación entre el servicio y el receptor, entre la Caja y el usuario. Es por ello que toda la acción institucional debe girar hacia una verdadera humanización, que busca el trato individual del personal al paciente, al usuario. Este enfoque permite combatir la masificación, que como un subproducto del gran sistema, se ha venido introduciendo en los servicios de la institución y en sus propias relaciones internas.

Es por esto que la actual administración institucional ha asumido el reto de humanizar e individualizar, en todo lo posible, los servicios y el funcionamiento de la Caja, como una de las más ansiadas misiones frente a las expectativas de nuestra sociedad, al llegar al hito de los primeros cincuenta años de existencia de la Caja Costarricense de Seguro Social, buscando en última instancia la calidad y la excelencia en los servicios, conscientes de que en esa forma, también rendimos el debido homenaje a quienes durante medio siglo han empeñado lo mejor de sus esfuerzos, en construir la salud del pueblo costarricense.

San José, noviembre de 1991.

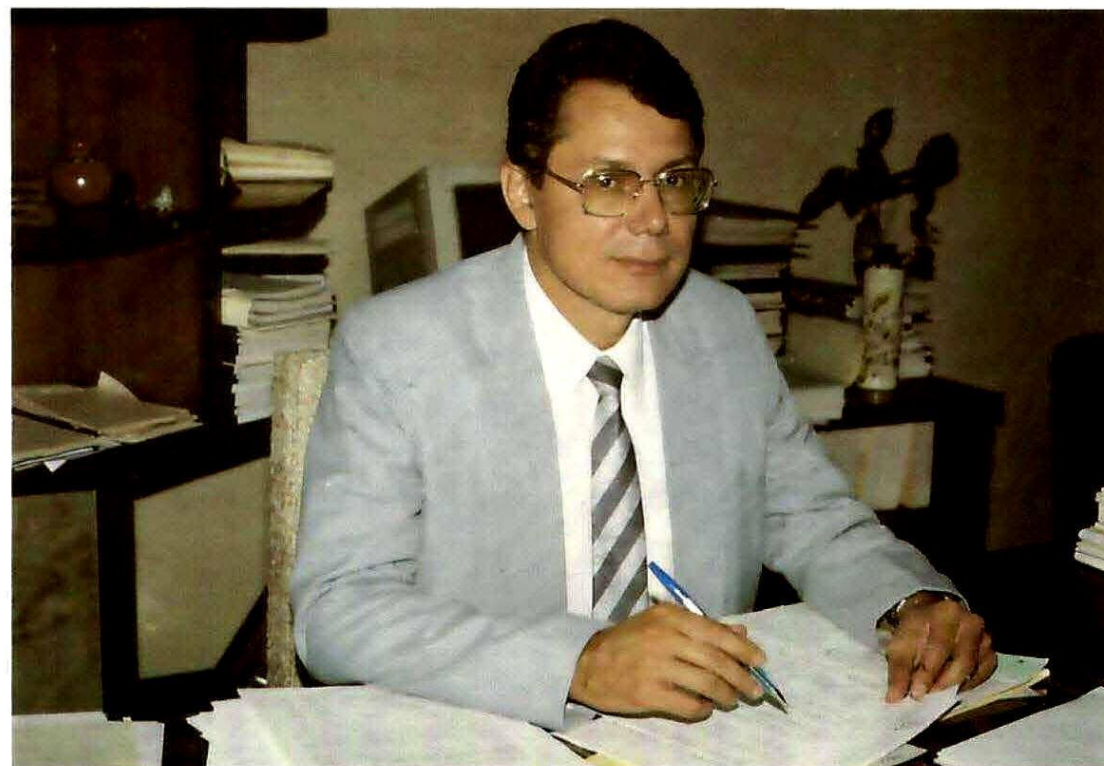
El presente trabajo, "CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: MEDIO SIGLO CONSTRUYENDO LA SALUD DE UN PUEBLO", es una síntesis de la intensa y variada actividad de la institución autónoma que constituye el núcleo del Sistema Nacional de Seguridad Social de Costa Rica, el cual presta servicios en salud prácticamente a la totalidad de la población.

La finalidad de la publicación es proporcionar una información objetiva y actualizada acerca del nivel de desarrollo y las características de ese Sistema, tanto a los sectores nacionales interesados o involucrados en la problemática social, como a los estudiosos que tanto en el país como en el extranjero, requieren frecuentemente una explicación de la Seguridad Social costarricense, caso que por varias razones es digno de tomarse en cuenta.

El trabajo ilustra a grandes rasgos un proceso que ha venido ensanchándose mediante sucesivas conquistas, que incluyen la universalización de los servicios y la constitución de un sistema integrado de alcance nacional, hasta los cambios estructurales proyectados según las políticas adoptadas por la Caja durante la presente administración que encabeza el Dr. Elías Jiménez Fonseca, en su calidad de Presidente Ejecutivo.

En esta etapa, la nueva orientación de la acción institucional se sintetiza en los postulados esenciales siguientes:

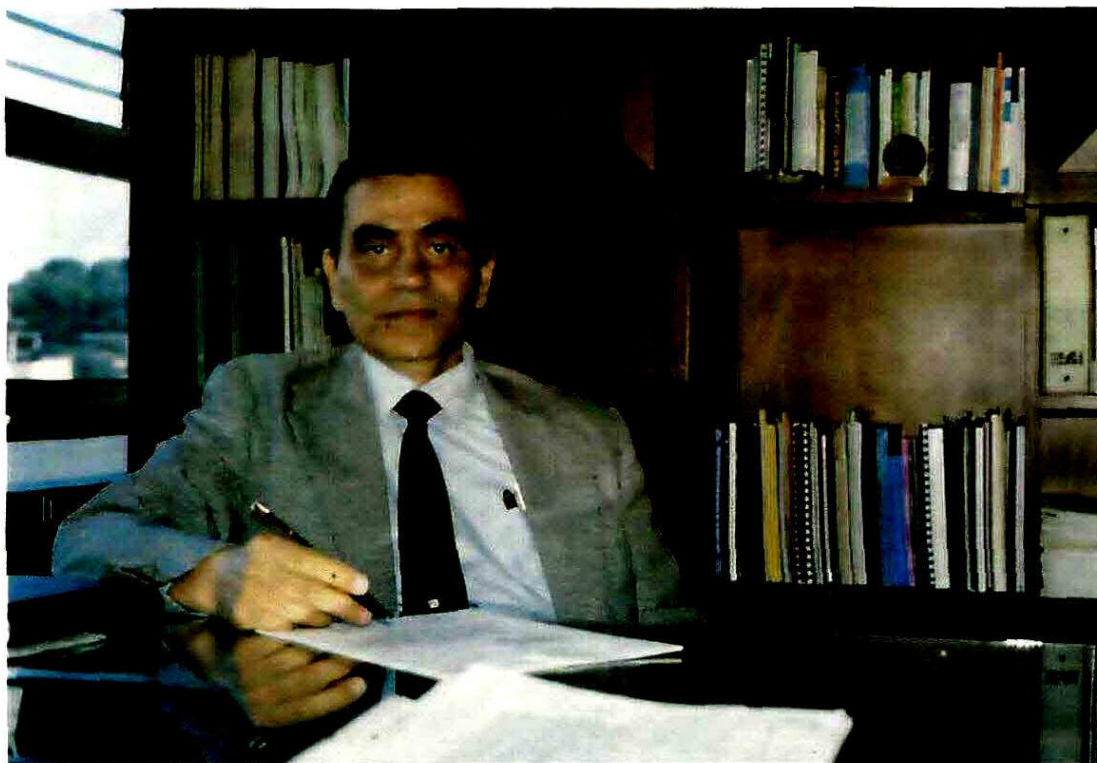
- ensanchar la función previsional de la Caja Costarricense de Seguro Social, en beneficio de las grandes mayorías;
- alcanzar una máxima racionalización de los recursos, incluida una arquitectura funcional;
- y, sobre todo, entrar a la etapa de la individualización de los servicios, entendida ésta como la prestación



Lic. Jorge Arturo Hernández Castañeda, Gerente División Financiera de la CCSS, se incorporó a esas altas responsabilidades, en 197

de servicios en forma oportuna y ágil, tomando en cuenta las características y necesidades concretas de cada usuario.

El proyecto de la publicación fue una iniciativa del Director Roberto Quirós Coronado, miembro de la Junta Directiva de la CCSS, preocupado porque la falta de un trabajo como éste ha constituido un vacío sensible



Dr. Eduardo Sánchez Jovel, Gerente División Médica de la CCSS, se incorporó a las responsabilidades superiores del campo profesional, en 1990.

en el estudio de la Seguridad Social, lo que implica la imposibilidad de compartir experiencias que seguramente serán útiles a otras instituciones, en varios otros lugares.

Aquella iniciativa ha coincidido con la época en que la CCSS celebra medio siglo de servir a la comunidad costarricense, época en que se impone la necesidad de

una reflexión sincera, para renovar el impulso y señalar metas más promisorias.

La redacción estuvo a cargo del personal del Departamento de Relaciones Públicas de la CCSS, las Licdas. Lilliana Incera, Damaris Marín y Xinia Fernández, quienes trabajaron bajo la coordinación del Director del Departamento, Lic. Alvaro Blanco Brenes.

Las fotografías, que constituyen la parte fundamental de la ilustración del trabajo, fueron aportadas por el Lic. Arturo Jiménez y el Sr. Tarcicio Sánchez, también integrantes del Departamento citado.

El plan de trabajo comprende cinco partes. La primera formula un somero estudio sobre el surgimiento y desarrollo de la Seguridad Social en Costa Rica, lo que a su vez explica la idea central del trabajo, según la cual, la mayor conquista de este pueblo es la Salud, pues ésta es fundamento de su proceso histórico, social y económico.

Estos aspectos se ilustran con los indicadores nacionales sobre la situación de la salud, que son el mejor testimonio de la eficiencia y la eficacia del Sistema.

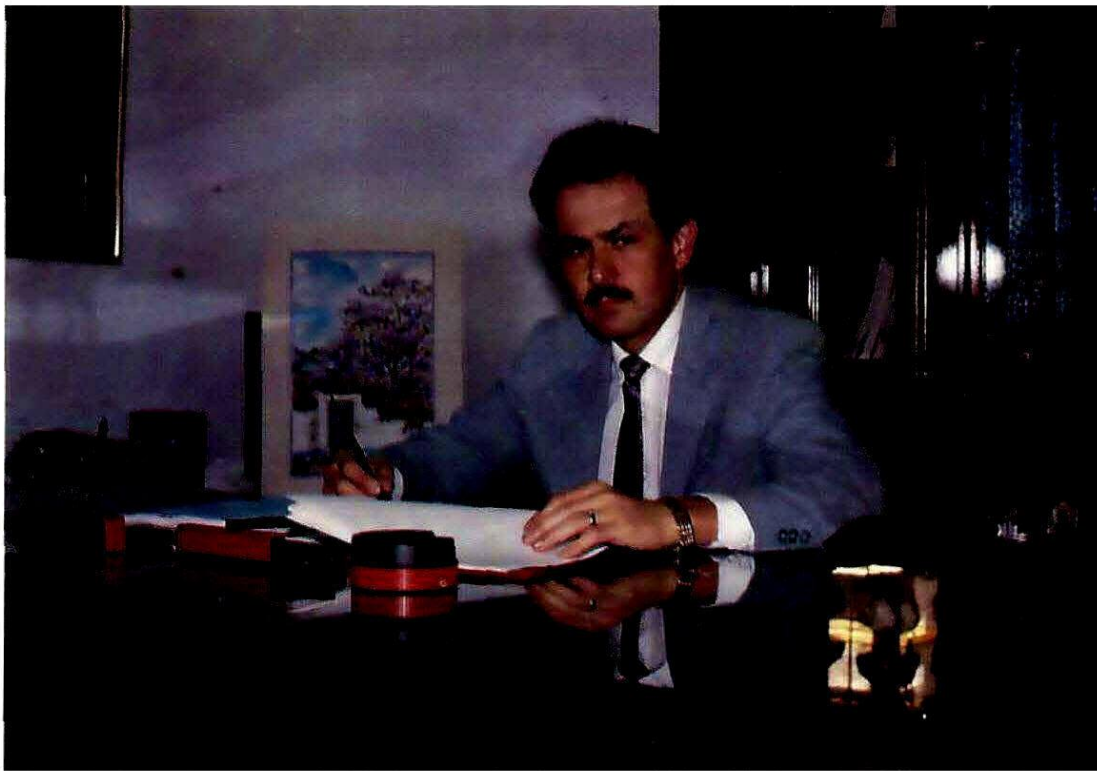
La segunda parte se centra en las bases económicas que sustentan el Sistema, bosqueja los mecanismos, los procedimientos y las concepciones que lo fundamentan, caracteriza la forma del financiamiento de la Seguridad Social, y concluye señalando el camino hacia la estructuración de un sistema de financiamiento estable y sólido, capaz de garantizar el ulterior desarrollo de acuerdo con las necesidades siempre crecientes de la población.

La tercera se ocupa de los servicios que la CCSS presta a todos los asegurados, detalla la estructura organizativa institucional, los niveles de los servicios médicos, las profundas reformas que se van operando paulatinamente para agilizar y actualizar los servicios, y la moderna tecnología que se utiliza en los mismos.

La cuarta parte, dedicada a Cultura y Seguridad Social, señala las relaciones esenciales que deben



Durante el acto inaugural del Congreso del Cincuentenario, todos los asistentes, entonaron el Himno Nacional.



Ing. Carlos Quesada Solano,
Gerente de Operaciones de
la CCSS, asumió esas
funciones en 1990, como
parte de la nueva
administración institucional.

existir entre esas dos categorías aparentemente desvinculadas, pero que son expresiones de una misma concepción sobre la naturaleza, la amplitud y las características de los servicios a cargo de la CCSS.

Finalmente se desarrolla el tema de las proyecciones y las políticas institucionales, se formula un planteamiento amplio sobre el importante papel que ha jugado la prevención en cuanto a conservar la salud, y se proyecta la utilidad creciente de ésta para el futuro de la colectividad.

En esta última parte también se expone la responsabilidad asumida por la Institución, de impulsar el desarrollo progresivo de los servicios de salud, al ritmo de la demanda y del avance científico tecnológico, mediante la calificación permanente del personal médico y paramédico que los presta actualmente y del que habrá de prestarlos en el futuro.

En la medida que la presente publicación logre transmitir una idea objetiva sobre el Sistema de Seguridad Social costarricense, su organización y su funcionamiento, y el interesante proceso de su desarrollo, se habrá cumplido el propósito trascendental de compartir una positiva experiencia, y rendir un justo homenaje a quienes, hace cincuenta años, con afán visionario y espíritu de lucha, superaron la adversidad de la incompreensión y la mezquindad, para fundar esta institución ejemplar por muchos sentidos.

San José, noviembre de 1991.

I

SURGIMIENTO Y DESARROLLO

1 LA MAYOR CONQUISTA DE UN PUEBLO

Datos generales sobre Costa Rica

La República de Costa Rica está ubicada en el istmo centroamericano, la parte más angosta del Continente, entre los 8 y 11 grados de latitud norte, y entre los 82 y 85 grados de longitud oeste.

Limita al norte, en 300 kilómetros, con Nicaragua; al sur tiene una frontera de 362 kilómetros con Panamá; al este se encuentra bordeada, en 212 kilómetros, por el Mar de las Antillas, en tanto que al oeste tiene una costa de 1.254 kilómetros de largo frente al Océano Pacífico.

Administrativamente su territorio está dividido en siete provincias, las que a su vez se subdividen en 81 cantones, y estos, en 422 distritos.

Su extensión territorial es de 51.100 kilómetros cuadrados, que incluye varias islas, la mayoría situadas en el Océano Pacífico, entre las cuales se cuenta la del Coco, a 560 Kms. de tierra firme, legendaria porque de ella se cuenta que fue refugio y base de piratas durante la época colonial.

En general, el clima se califica como tropical húmedo, aunque la diversa topografía permite considerable variedad de temperaturas, cuyos promedios fluctúan entre los 7,4 grados centígrados, en la cima del volcán Irazú, y los 28,5 en las llanuras costeras de Santa Cruz, Guanacaste.

La población es de tres millones de habitantes (1991). El idioma oficial es el español. La religión oficial es la Católica, pero existe libertad de culto constitucionalmente garantizada.

La distribución geográfica de esa población ha veni-

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION

SEGUN AREA GEOGRAFICA

POBLACION	AÑO	
	1963	1989
Urbana	34,5	44,5
Rural	65,5	55,5

do cambiando en cuanto a su asentamiento. En 1989, 44,5 por ciento habitaba en área urbana y 55,5 por ciento en área rural. Al comparar estos datos con los de 1963 se nota cómo, en esos 26 años la población urbana ha aumentado en un 10 por ciento, porcentaje en que correlativamente ha disminuido la población rural. (cuadro No. 1)

El promedio de fecundidad es de 3 hijos por familia, y la tasa de mortalidad infantil de 13,8 por cada mil nacimientos. La esperanza de vida al nacer de la población es de 76 años.

La tasa de analfabetismo es de solamente el 6 por ciento de la población total, en tanto que el desempleo sólo afecta al 4,5 por ciento de la población en edad laboral.

CUADRO No. 2

COSTA RICA

DATOS GENERALES - 1991

AREA	51.100 Kms.2
-Número de provincias	7
-Número de cantones	81
-Número de distritos	442
POBLACION	3.000.000
-Urbana	44,5%
-Rural	55,5%
SALARIOS	
-Mínimo	US\$145,00 por mes
-Promedio	US\$268,00 por mes
TASA DE DESEMPLEO	4,5%
TASA DE ANALFABETISMO	6,0%
ESPERANZA DE VIDA AL NACER	76 AÑOS
TASA DE FECUNDIDAD	3 HIJOS
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	13,8 POR MIL

Sobresalen en los indicadores de salud una alta expectativa de vida y una baja tasa de mortalidad infantil.

Para 1990, el salario promedio fue de US\$268,00 y el salario mínimo, de US\$145,00, ambos estimados por mes.

El cuadro No. 2 sintetiza los anteriores y otros datos de interés, acerca de las características generales de Costa Rica.

En el presente siglo Costa Rica ha experimentado varios trascendentales avances, entre los que sobresale la creación, el desarrollo y la consolidación de un amplio y eficiente Sistema de Seguridad Social, considerado una de las mayores conquistas de este pequeño pueblo centroamericano.

Los antecedentes lejanos de ese sistema se pierden en la historia, con las formas solidarias de asistencia colectiva que observaban las culturas indígenas precolombinas; con las formas comunales impuestas por necesidades de sobrevivencia, durante la colonización española y con las primeras manifestaciones de atención caritativa registradas en distintos momentos de la colonia y la república.

En el ámbito de América Latina, la más temprana formulación acerca de la Seguridad Social se encuentra en el pensamiento de "El Libertador" Simón Bolívar, quien en 1818 expresó ante el Congreso colombiano:

"El gobierno ideal para el pueblo es aquél que garantiza su seguridad política y su seguridad social, y lucha constantemente por su seguridad económica".

A comienzos del siglo XX empezó a difundirse por el Continente, la concepción bismarkiana que vino a sumarse a aquellos antecedentes autóctonos, para contribuir a elaborar una concepción propia.

Fue entonces que empezaron a manifestarse las ideas acerca de los seguros sociales, contenidas ya en el proyecto de "Ley sobre accidentes de trabajo" que, tan temprano como 1906, presentó el diputado Enrique Pinto ante el Congreso Constitucional, aunque una ley sobre esa materia sólo se dió veinte años después.

En los años veinte, el Seguro Social se expresó como una aspiración popular y fue tema de debate político, cuando el Partido Reformista encabezado por Jorge Volio lo incluyó como punto esencial en su programa electoral.

Ese planteamiento fructificó cuando en 1925 se creó el Banco de Seguros, aunque éste fue organizado como una institución de protección individual con cobertura proporcional al costo de la póliza.

En 1928, el entonces candidato presidencial, Cleto González Viquez, prometió al electorado la creación de lo que se llamó la "Caja de emergencias". En la histórica huelga de trabajadores bananeros de 1934, éstos plantearon la necesidad de un sistema de protección de los más débiles frente a las calamidades derivadas de las enfermedades y los accidentes.

Desde entonces, los sindicatos de trabajadores, incluidos los que se organizaron por influencia de la Doctrina Social de la Iglesia, hicieron de la protección en los casos de enfermedad y maternidad, punto esencial de sus programas reivindicativos.

La Caja Costarricense de Seguro Social se creó por Ley N. 17, del 1º de noviembre de 1941, durante la administración del Presidente Rafael Ángel Calderón Guardia y se incorporó en la Constitución Política de 1949, de manera que fue de los primeros programas de esta naturaleza en el área, tanto en constituirse, como en adquirir rango constitucional.

En la actualidad, a pesar de ser relativamente joven, la CCSS se ha convertido en una de las instituciones más importantes del país. Proporciona asistencia y servicios al 95 por ciento de la población nacional. Sus logros se expresan en los indicadores que, en materia de salud, ubican a Costa Rica, entre los primeros lugares de América Latina.

Pero, sobre todo, la CCSS constituye un ejemplo de los avances que pueden alcanzarse en la lucha por una vida mejor, cuando todos, gobernados y gobernantes, trabajadores y patronos, directores y empleados de la Institución, se apoyan mutuamente en procura del bien común.



Bases sólidas

En la época anterior a la creación de la CCSS, Costa Rica basaba su estructura social en grupos laborales pequeños y con escasa capacidad económica, que por ese mismo hecho no podían figurar en programas de protección social.

Fue en esas condiciones que la Asamblea Legislativa dispuso la creación de la "Caja para la atención de las emergencias médicas de los trabajadores", que se financiaría mediante la contribución de empleadores y trabajadores. Debido a las limitaciones económicas y a circunstancias políticas, la promulgación de la correspondiente ley no bastó para darle vida a la institución, aunque sin duda es el antecedente directo del Seguro Social.

La CCSS inició la prestación de servicios médicos en 1943, en un pequeño local ubicado en la Av. 3, entre calles 3 y 5 de San José. Desde aquella fecha, tanto las instalaciones administrativas como las destinadas a prestación de servicios médicos, quirúrgicos y asistenciales han crecido constantemente al ritmo de los requerimientos de la sociedad.



El Centro de Salud de Puriscal, en la Provincia de San José. Establecimientos como éste se han construido en todos los rumbos del país, dentro del proceso de expansión del Seguro Social a las áreas rurales.

En los años cuarenta, a causa de la guerra mundial, Costa Rica sufrió las consecuencias del cierre de los mercados europeos, a los que exportaba casi toda su producción de café. Ello agravó aún más las condiciones de las mayorías, lo que a su vez produjo fuerte malestar y presiones sobre el poder político.

En varios países del Continente, los sectores poderosos contestaron a esas presiones imponiendo regímenes dictatoriales y sistemas de excepción. En Costa Rica, en cambio, el entonces Presidente, Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, respondió con sus convicciones, impulsando un programa de contenido social y económico, dentro del cual destacaba la creación de la CCSS, la promulgación del Código de Trabajo y el establecimiento de un sistema de garantías sociales.

Desde su concepción original, la nueva institución

se basó en un sistema de financiamiento tripartito, es decir, en el aporte de trabajadores, patronos y Estado.

Primeros años

Naturalmente los primeros años de existencia de la nueva institución fueron difíciles debido, sobre todo, a la falta de experiencia y a las muchas y muy fuertes corrientes políticas y económicas que la adversaban.

En el periodo siguiente, sin embargo, la CCSS empezó a tomar fuerza paulatinamente y fue introduciendo cambios sustanciales, como la adopción del "Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte" (IVM) vigente desde enero de 1947, el cual permitió por primera vez a los trabajadores el disfrute de una pensión.

Las primeras personas cubiertas con el régimen IVM fueron los empleados del Gobierno Central, de las instituciones autónomas y de las municipalidades. Poco tiempo después se extendió a otros sectores laborales, de manera que en 1971 la cobertura se amplió a todos los obreros, y dos años más tarde abarcó a los trabajadores del campo. Por esa misma época se introdujo un nuevo sistema de pensiones, con el propósito de proteger a los grupos de menores recursos económicos aunque no tuvieran posibilidades de cotizar.

La universalización

En 1971, la Institución entró en el periodo de la universalización, al emprenderse la tarea de extender los servicios médicos a toda la población, sin distinguos de ningún tipo.

En el camino hacia esa meta, se extendió la cobertura a nuevos grupos de trabajadores, incluso a los llamados independientes, aquellos que laboran por cuenta



Hospital "Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia". Originalmente iba a ser "La casa de la Madre y del Niño", en un proyecto emprendido por las esposas de dos presidentes, señoras Julia Fernández de Cortés e Yvonne Clays de Calderón. La construcción se inició durante la administración del Presidente León Cortés. Cuando se fundó el Seguro Social y se hizo urgente establecer un centro hospitalario, el entonces Presidente Calderón Guardia se comprometió a abrir numerosas casas cunas o centros de salud diseminados en el interior del país, y a cambio el comité pro Casa de la Madre y del Niño le cedió el edificio en construcción. El 1º de noviembre de 1943 abrió la consulta externa, y en 1945 inició sus servicios como el primer hospital de la Seguridad Social, con el nombre de Hospital Policlínico. Más tarde fue conocido como Hospital Central, fue bautizado con el nombre de Dr. Calderón Guardia el 9 de junio de 1970, con ocasión de su deceso. En la actualidad tiene un área construida de 20 mil metros cuadrados, en los que funciona servicios médicos, quirúrgicos, laboratorio, de farmacia y aulas para docencia.



El antiguo Hospital de San Isidro de El General, en la Zona Sur del país. Fue sustituido en los años setenta, durante el proceso de universalización de los servicios, por el actual Hospital "Dr. Escalante Pradilla", que hoy presta servicios a los habitantes de la Región Brunca, incluidos Pérez Zeledón, Buenos Aires, Ciudad Cortés, Ciudad Neilly y otros importantes centros poblacionales y productivos.

propia, sin sujeción a patrono, quienes se estima que representan casi la cuarta parte de la población laboral.

También se extendió la cobertura a personas calificadas como indigentes, es decir, que no cuentan con ningún recurso económico, pero que necesitan los servicios de salud igual que el resto de la población y que, por ello, tienen derecho a recibir la protección de la seguridad social mediante cuotas a cargo del Estado.

Este amplio concepto de universalización logró, en el transcurso de un plazo relativamente corto, extender la protección prácticamente a toda la población, pues en el presente, 95 de cada 100 habitantes se encuentran protegidos por el sistema.

En el proceso de hacer realidad la universalización, la Caja Costarricense de Seguro Social y el país como tal, invirtieron por primera vez, grandes cantidades de

fondos en fortalecer la atención primaria, lo que se reflejó en una pronta disminución en el número de enfermos y de camas hospitalarias, sobre todo en el área pediátrica.

Este fenómeno se atribuye, por lo menos en su mayor parte, a la desaparición de las enfermedades infectocontagiosas, al descenso de la desnutrición, a la disminución de los casos de tuberculosis y de otros quebrantos de salud que durante muchos años fueron la causa principal de las altas tasas de mortalidad y de enfermedad.

El traspaso de los hospitales

Complementariamente con la decisión de universalizar los servicios de la CCSS se dictó una ley de similar relevancia, que ordenó traspasar a la Caja de Seguro Social, todos los hospitales que entonces pertenecían al Ministerio de Salud y a organizaciones caritativas llamadas Juntas de Protección Social, además de algunos establecidos por empresas particulares como la Compañía Bananera.

La CCSS se encargó de introducir a esos hospitales, las mejoras indispensables para su adecuado funcionamiento, de modo que en poco tiempo estuvieron en condiciones de prestar mejores servicios a los asegurados. Este proceso que se había iniciado el 1º de abril de 1974, se suspendió en 1977 y en 1985 se concluyó con el traspaso del Hospital de San Ramón.

El Ministerio de Salud, por su parte, ha continuado la amplia labor que le corresponde con sus programas de atención primaria, inmunizaciones, medicina comunitaria y, en especial, la nutrición escolar.

Ese sistema que incluye los programas a cargo del Ministerio y la atención hospitalaria al cuidado de la CCSS, produjo resultados que se calificaron como sorprendentes, al compararlos con las metas del pro-

CUADRO No. 3

LA SEGURIDAD SOCIAL Y SUS COMPONENTES

AREA		BENEFICIOS	INSTITUCIONES RESPONSABLES
Prestaciones económicas	Pensiones		Seguro Social (IVM) RNC Otros sist. de pensiones
	Subsidios	Fondo mutual de los trabajadores y otras indemnizaciones laborales Accidentes laborales Enfermedad Profesional Accidentes de tránsito	Caja Costarricense de Seguro Social Instituto Nac. de Seguros
Prestaciones de Salud	Atención médica generalizada y especializada		CCSS (Seguro Enf. y Maternidad)
	Atención odontológica		CCSS y Ministerio de Salud
	Rehabilitación		CCSS (SEM) y el INS en accidentes y enfermedad laboral
	Prevención secundaria (enfermedades crónicas)		CCSS (SEM) y el Ministerio de Salud
	Atención a grupos (adolescentes y ancianos)		CCSS (SEM) y el INS

- Las prestaciones de salud cubren a la totalidad de la población: Asalariados, pensionados, independientes, a cargo del Estado y sus familiares, convenios especiales

- IVM: Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte

- RNC: Régimen no contributivo de pensiones monto básico.

- CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

- SEM: Seguro de Enfermedad y Maternidad

grama "Salud para todos en el año 2000", adoptado en 1978, por la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Alma Ata, Unión Soviética.

Los datos mostraron que los indicadores fijados por la OMS como metas para el 2000, habían sido logrados en nuestro país muchos años antes de cumplirse ese plazo, gracias a las acciones realizadas por el Sistema de la Seguridad social.

Los índices de mortalidad infantil, materna, prenatal y general, así como la expectativa de vida, la disponibilidad de agua potable, la letrización y demás metas de salud pública son y han sido para Costa Rica, en las últimas décadas de este siglo, una honrosa realidad.

Un solo propósito

En la década de los ochenta, con el fin de mejorar el sistema, se inició una nueva etapa dentro de la Seguridad Social, la integración de los servicios de salud. Esta medida constituyó el primer y más importante paso hacia la consolidación del Sistema Nacional de Salud, en el cual participan varios organismos del mismo sector social.

El objetivo central que persigue la integración es unir sistemáticamente los recursos y los esfuerzos interinstitucionales, para evitar que se dupliquen y se dispersen.

Los servicios se organizan en niveles de atención, entendidos éstos como la distribución de los recursos según la cantidad y la calidad requerida por los mismos servicios. Esto permite una atención integral en forma prioritaria y escalonada, a cargo de la Caja y el Ministerio de Salud.

Las comunidades también han ido incorporándose al proceso, por medio de representantes que acreditan ante los diferentes programas, principalmente los dedicados al fomento de la salud.

En enero de 1983 se crearon las Juntas de Salud y Seguridad Social, como "un medio de comunicación entre las instituciones de salud y las comunidades a las que sirven". Con ellas, por primera vez se institucionalizó la participación activa y responsable de las comunidades, esos grupos para los cuales en el pasado se crearon todos los servicios, pero sin que fueran consultados, ni pudieran participar en forma alguna.

En la práctica, las Juntas de Salud y Seguridad Social han facilitado la integración de los servicios, como una acción intencional para producir más, con iguales o con menos recursos.

Otro aspecto importante contemplado en la integración de servicios consiste en prestar servicios médicos a los indigentes, que suman un número considerable, y que constituyen una población especialmente necesitada de atención en salud.

La puesta en práctica de este modelo de atención integrada y escalonada, junto con el traspaso de los hospitales y la universalización, todos en conjunto y cada uno con su aporte específico, permitieron alcanzar los resultados proyectados aún antes de cumplirse los plazos.

El cuadro anterior (cuadro No. 3) ilustra la forma en que se encuentra actualmente integrado el Sistema de la Seguridad Social, las áreas que cubre, los beneficios que presta y las instituciones que son directamente responsables de tales prestaciones.

Por medio de las Juntas de Salud y Seguridad Social, las comunidades han entrado a participar activamente en la organización y el funcionamiento de los servicios del Sistema de Seguridad Social, creados para su atención.

El Sistema de Seguros

A ctualmente la Caja Costarricense de Seguro Social administra el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), además del Régimen no contributivo de pensiones por monto básico (RNC).

Los dos primeros se costean con los aportes de los tres sectores directamente involucrados en la producción: trabajadores, patronos y Estado, en tanto que el RNC se cubre con un fondo especial creado con una subvención equivalente a la quinta parte de los ingresos de la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares.

En el Sistema de la Seguridad Social debe tenerse presente también la participación del Ministerio de Salud, encargado fundamentalmente de la medicina preventiva, y el Instituto Nacional de Seguros, que se encarga de atender los daños derivados de los riesgos laborales: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, además de aquéllos que derivan de accidentes de tránsito.

EL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD (SEM)

El Seguro de Enfermedad y Maternidad cubre a todos los trabajadores, cualquiera sea su salario, al cónyuge o compañera, a los hijos menores de edad, a los padres sin medios ni recursos propios.

La contribución tripartita con que se financia el SEM se calcula en porcentajes del salario, y se cobra en las siguientes proporciones: el patrono contribuye con una cuota equivalente al 9,25 por ciento del salario, el



El Seguro de Maternidad comprende la asistencia obstétrica a las aseguradas o familiares de asegurados, y la asistencia médica y farmacéutica prenatales, si ninguna discriminación.

trabajador paga el 5,5 de su salario y el Estado el 0,25, lo que constituye un fondo equivalente al 15 por ciento de los salarios totales pagados en el país, con los que se debe prestar fundamentalmente la atención curativa de la salud.



El Hospital de Ciudad Neilly, distrito de Corredores, provincia de Puntarenas, se encuentra muy cercano a la frontera con Panamá, en la zona sur de Costa Rica. Fue fundado en 1982 y se trata de un centro hospitalario moderno y amplio, que ofrece sus servicios a una zona muy rica en agricultura.

Beneficios.

Con este seguro la Caja cubre los siguientes riesgos y prestaciones: enfermedad, maternidad, cuotas de sepelio y beneficio familiar.

El Seguro de Enfermedad comprende toda la asistencia médica que se requiera, sea general, especial o quirúrgica: asistencia hospitalaria, servicio de farmacia, servicio de odontología, subsidio en dinero, cuota de sepelio y prestaciones sociales.

En caso de maternidad, cubre además, asistencia

médica y farmacéutica con derecho a hospitalización para los hijos de las aseguradas.

La asistencia médica general, especial y quirúrgica la reciben los asegurados en los consultorios, dispensarios, clínicas y hospitales de la Caja, a domicilio, o en otros centros que, por circunstancias, convenios o proyectos especiales así se establece.

En condiciones especiales, dada la gravedad de la enfermedad y las circunstancias de apremio, la CCSS paga inclusive honorarios de médicos privados y los medicamentos recetados por éstos.

En cuanto al seguro de odontología, comprende los servicios de higiene bucal, exodoncia, obturaciones, prótesis o placa y cirugía oral.

Además, la CCSS costea los anteojos a los asegurados directos y a sus familiares.

Los subsidios en dinero se otorgan cuando la enfermedad no se enmarca en los riesgos del trabajo y cuando determina incapacidad temporal, entendida por la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilitan al trabajador para el desempeño de las labores habituales u otras compatibles con éstas por algún tiempo.

El fondo de mutualidad.

Se trata de un fondo administrado por la CCSS, formado con recursos provenientes de intereses por cuotas estatales no pagadas, con lo que se proporciona una ayuda adicional a los herederos del asegurado o del cónyuge de éste, o de la persona con quien hubiere convivido.

El beneficio que la CCSS paga a los derechohabientes equivale, en promedio, a tres veces el salario del causante asegurado, con lo cual se contribuye a los gastos del sepelio y se proporciona a los herederos un ingreso adicional, mientras se tramita la pensión correspondiente.

El Seguro de Maternidad.

Este seguro abarca asistencia obstétrica en los hospitales o maternidades designados por los médicos de la Caja, subsidios en dinero, asistencia láctea para los hijos de las aseguradas.

La asistencia obstétrica se proporciona a las aseguradas directas o familiares sin discriminación ninguna, e igualmente la asistencia médica y farmacéutica prenatales que se otorgan dentro del Seguro de Enfermedad.

Con motivo de maternidad, a toda asegurada se le extiende una incapacidad por cuatro meses, período que incluye el pre y post parto, conforme se establece en las leyes generales y especiales aplicables a los diferentes grupos de trabajadores.

El beneficio familiar.

El beneficio familiar comprende asistencia médica y quirúrgica, asistencia hospitalaria, servicio de farmacia, asistencia obstétrica y traslado y hospedaje.

En cuanto a la asistencia obstétrica, ha estimado la Junta Directiva de la CCSS que debe prestarse a la hija de asegurado, aun siendo soltera, "toda vez que, al igual que cualquier otra madre, necesita esa atención para asegurar la normalidad máxima de sus hijos".

El seguro de beneficio familiar se otorga a la esposa del asegurado; al esposo declarado inválido y no pueda trabajar; al esposo que se encuentre realizando estudios de nivel superior; al esposo que se encuentre cesante y carezca de recursos.

También cubre a los hijos, incluidos los de parejas no casadas. Este beneficio se extiende hasta los 18 años, pero si el hijo es inválido, no tiene límite, o si cursa estudios, puede extenderse hasta los 25 años.

El mismo beneficio ampara a los menores cuya

guarda se encarga por disposición judicial; a la madre natural, a la adoptiva y a la de hecho, es decir, la mujer que hubiere prodigado al asegurado cuidados propios de madre sin serlo.

Cubre asimismo al padre mayor de 65 años, o menor de esa edad, pero incapacitado para trabajar y sin recursos propios; a los hermanos menores de 18 años, o menores de 22 que cursen estudios, y los mayores de esas edades si se encuentran inválidos y que en todo caso dependen del asegurado.

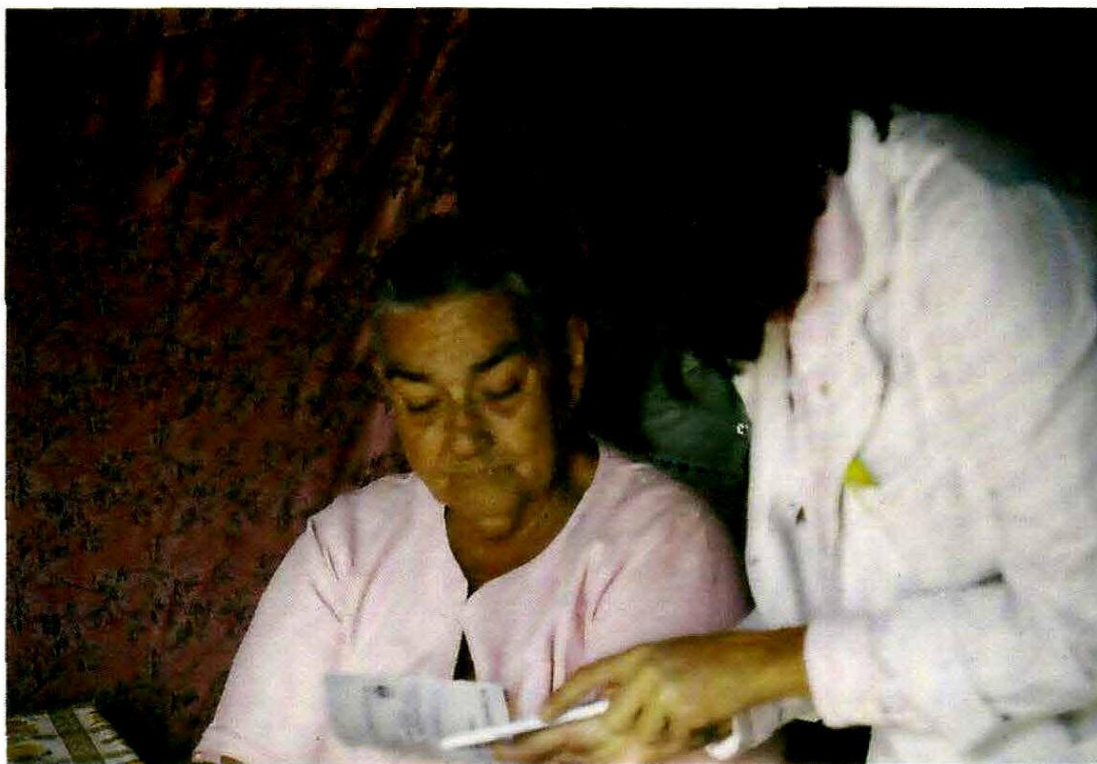


El beneficio familiar comprende asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria y obstétrica, lo mismo que servicio de farmacia para el grupo familiar del trabajador.

EL SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE

El Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte cubre los beneficios y las prestaciones originadas en las circunstancias o acontecimiento que su nombre designa.

Los beneficios que se otorgan en ese régimen tienen por objeto garantizar al asegurado y a su familia, una protección básica. Adicionalmente los trabajadores y los patronos pueden, financiando su costo en forma exclusiva o conjuntamente, tener sistemas complementarios de esta protección.



Cobertura.

Este seguro es obligatorio para todos los trabajadores asalariados de los sectores público y privado, excepto casos especiales, como los trabajadores que por ley disfrutaban de regímenes especiales, los titulares de los poderes del Estado y los extranjeros contratados con término improrrogable inferior a un año. También se considera voluntario para los trabajadores independientes.

Además, si el trabajador ha cotizado más de tres años y deja de ser asegurado obligatorio, tiene derecho a continuar voluntariamente como asegurado, con las mismas prestaciones y derechos.

Beneficios.

La CCSS proporciona a los asegurados una pensión, ya sea por concepto de invalidez, o por causa de vejez, según el riesgo de que se trate.

En caso de muerte del asegurado, inclusive ya pensionado, también recibe una pensión la viuda, sus hijos y sus padres, éstos últimos si se encuentran en condición de desamparo. A falta de los anteriores, el derecho le corresponde a los hermanos del asegurado.

Pensión por vejez.

Tiene derecho a pensión por vejez el asegurado, cuando cumple la edad de retiro, 61 años 11 meses los hombres y 59 años 11 meses las mujeres, además de cierto número de cuotas cotizadas.

El asegurado que posterga su retiro aun cumplidos los requisitos, tiene derecho a una pensión mayor.

El pensionado por vejez puede continuar laborando en cualquier trabajo, como asalariado o por cuenta propia, pero entonces ya no cotiza para ningún seguro.

Beneficios por viudez.

La viuda de un asegurado tiene derecho a una pensión poco menor que aquella que disfrutaba o podría haber disfrutado el fallecido.

El viudo inválido mayor de sesenta y cinco años de edad, que dependía económicamente de la asegurada fallecida, adquiere similares derechos que la viuda.

Beneficios en favor de los huérfanos.

Tienen derecho a pensión de orfandad los hijos del asegurado fallecido, menores de 18 años, los inválidos y los menores de 22 años que estuvieren realizando estudios universitarios, técnicos o de consagración sacerdotal o religiosa.

Los mayores de 22 y menores de 25 años también pueden disfrutar del beneficio, si no son asalariados y siguen estudios con más de 20 créditos académicos, con buenos calificaciones.

Igual derecho tienen las hijas solteras mayores de 55 años, que carezcan de otros medios de subsistencia.

Servicios hospitalarios y aguinaldo.

Además de la pensión en dinero, la Caja otorga a los pensionados y a sus familiares, servicios médico-hospitalarios en casos de enfermedad y maternidad, igual que a todos los asegurados.

También, la CCSS paga en diciembre a cada pensionado, una cuota adicional por concepto de aguinaldo (décimotercer mes).



EL REGIMEN NO CONTRIBUTIVO DE PENSIONES (RNC)

El Régimen no contributivo por monto básico (RNC) ha sido diseñado para proteger a todas aquellas personas que carecen de recursos o de empleo y que, por tanto, no disponen de los medios económicos indispensables para proveer a su salud y demás necesidades de subsistencia y tampoco pueden pagar seguro alguno.

Creación y fines.

Fue creado por la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (No. 5662 del 23 de diciembre de

Además de la pensión en dinero, la CCSS otorga a los pensionados y a sus familiares, servicios médicos y hospitalarios.



Hospital "Tony Facio", de Limón, que presta servicios de emergencia, consulta externa y asistencia médica hospitalaria, en la Región Huetar Atlántica. Fue construido mediante la cooperación derivada del convenio CCSS-BID, y sustituyó al antiguo hospital del mismo nombre establecido por la compañía bananera, que entonces operaba en la región.

1974) y funciona como un programa adicional al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte que administra la Caja.

Tiene por objeto proteger a ancianos, inválidos, viudas desamparadas y niños huérfanos, en estado de necesidad y sin derecho a beneficio alguno proveniente de los regímenes contributivos de pensiones que existen en el país.

Beneficiarios.

De esta manera, pueden ser beneficiarios del RNC:

- Cualquier persona mayor de 65 años de edad, y las menores de esa edad, pero mayores de 45, que estén física o mentalmente imposibilitadas para incorporarse a un trabajo remunerado y carezcan de recursos para satisfacer sus necesidades de subsistencia.

- Las personas de cualquier edad que tengan dos terceras partes o más de incapacidad para desempeñar su trabajo habitual u otro compatible, sea por alteración o por debilitamiento de su estado físico o mental.

- Las viudas que debido a la defunción de su cónyuge o compañero queden desamparadas y sean mayores de 55 años, o menores de esa edad, pero con hijos menores o inválidos.

- Los huérfanos menores de 15 años, caso en el cual la pensión se paga al jefe de la familia a cuyo cuidado haya quedado, o al administrador de la entidad que vele por su manutención.

Los beneficios.

Además de la pensión, las personas cubiertas por el RNC tienen derecho a recibir todos los beneficios del Seguro de Enfermedad y Maternidad y a una mensualidad adicional en diciembre.

Los montos de las pensiones se fijan anualmente, al aprobarse el presupuesto de operación del Fondo. Consecuentemente, toda pensión que se otorga con cargo a este Régimen se paga con base en compromisos presupuestarios anuales, cerrados al 31 de diciembre, y según dictamen actuarial.

Si a la muerte del pensionado quedan dependientes que mantienen su estado de necesidad, ellos continúan disfrutando de la pensión.

Las pensiones de este Régimen se pagan por períodos mensuales, que se entregan directamente a los beneficiarios.

3 LOS INDICADORES DE SALUD: PRODUCTO DE UN IDEAL

Los datos

Los esfuerzos que en el campo de la salud ha desplegado el pueblo costarricense durante las últimas cinco décadas no han sido en vano, como lo demuestran los indicadores correspondientes, entre los que destaca una expectativa de vida al nacer, estimada en 76 años, igual a la de muchas naciones desarrolladas.

Esos indicadores señalan que en Costa Rica la tasa de mortalidad general ha bajado hasta el 3,6 por cada mil habitantes; que 75 de cada cien fallecimientos los sufren personas mayores de 50 años y que las causas de muerte han evolucionado con el desarrollo, de manera que las infecciones, las parasitarias y las respiratorias, que antes eran las mayoritarias, ahora han sido superadas por afecciones circulatorias, los tumores, los accidentes, suicidios y otras violencias.

El cuadro siguiente (cuadro No. 4) ilustra la evolución de las causas fatales, las que concuerdan con el grado de desarrollo alcanzado por el Sistema de Seguridad Social. (CUADRO No. 4)

La mortalidad infantil, otro aspecto que muestra los progresos de la medicina social, registra una tasa de sólo 13,8 por mil, lo que en gran parte se debe a los planes de vacunación que se emprendieron desde 1950 y que en los años posteriores se han extendido a toda la población.

En ese año se inició la aplicación masiva de la vacuna DPT (contra difteria, tosferina y tétanos) y un lustro después se procedió a vacunar a toda la población infantil contra la poliomielitis. En 1967 se comenzó a aplicar la vacuna contra el sarampión y en 1972, la de rubéola.

CUADRO No. 4

MORTALIDAD POR GRUPO DE CAUSAS (Tasas por 10.000 habitantes)

COSTA RICA: 1970 - 1987

GRUPO DE CAUSAS	1978		1987	
	TASA	O.I.	TASA	O.I.
Total	-	-	-	-
Del aparato circulatorio	12,9	2	10,0	1
Tumores	6,6	5	8,0	2
Accidentes, envenenamiento y violencias	4,4	6	4,0	3
Del aparato respiratorio	9,1	3	4,0	4
Afecciones originadas en el período perinatal	3,7	7	2,0	5
Sintomas y estados mal definidos	7,3	4	1,0	9
Del aparato digestivo	2,5	8	2,0	6
Anomalías congénitas	1,0	10	2,0	7
Infecciones y parasitarias	13,6	1	1,0	8
De las glándulas endocrinas y metabolismo	1,6	9	1,0	10
Otras causas	7,3	-	2,7	-

OI: orden de importancia

FUENTE: Departamento de Estadística, Ministerio de Salud.

Otro factor que también contribuyó a disminuir la mortalidad infantil fue la apertura, en 1964, del Hospital Nacional de Niños, que concentró la atención médica de los menores en un centro especializado.

En esa misma época se graduó la primera promoción de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, hecho que influyó positivamente en la salud



Un factor determinante en la elevación de los indicadores de salud ha sido la atención a los niños desde su reciente nacimiento, además de la asistencia prenatal que se presta a las futuras madres.

general y, consecuentemente, en aquellos resultados.

Padecimientos como la fiebre reumática y la gastroenteritis, que habían ocupado anteriormente los primeros lugares en cuanto a causas de enfermedad y mortalidad, disminuyeron de tal manera que en 1988, del primero de esos males sólo se registraron 223 casos, ninguno fatal.

Igualmente se superaron los problemas derivados de la desnutrición, la cual en 1989 todavía afectó al 2,9 por ciento de los niños menores de cinco años. En estos momentos se hacen esfuerzos por disminuirla, para lo cual se emprendieron varios proyectos predominantemente preventivos, referidos a los hábitos alimenticios

de la madre embarazada, a la atención del niño de un año de edad, y a la lactancia materna.

La atención del cáncer, tanto del estómago como del pulmón, es otra prioridad asumida por el Sistema de Seguridad Social, pues ambos reflejan altos índices fatales. Además, como el cáncer gástrico presenta mayor incidencia, contra éste dirigen sus mayores esfuerzos las instituciones de salud.

El índice de incidencia de cáncer gástrico en Costa Rica ha llegado a ocupar el tercer lugar en el ámbito mundial, y aunque se desconocen sus causas exactas, se sospecha del sistema alimentario de algunos sectores de la población, en especial, de áreas rurales.

En cuanto al cáncer del pulmón, su baja incidencia podría estar relacionada con una de sus causas más frecuentemente señalada, como es el tabaquismo. En Costa Rica, según las estadísticas, sólo fuman aproximadamente 13 de cada cien habitantes, lo que es muy bajo si se compara con países desarrollados.

A estos males se unen aquéllos propios de países industrializados, como los accidentes de tránsito, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, la hipertensión, la cirrosis, las enfermedades congénitas, las cerebro-vasculares, el infarto del miocardio y la obesidad, problemas en cuya curación o prevención se trabaja con empeño.

También se registran males derivados de problemas sociales como los suicidios, los embarazos prematuros en adolescentes y el abandono de ancianos, problemas en cuya atención varias instituciones muestran gran interés.

Causas de mejora en los indicadores

El desarrollo de la salud pública en Costa Rica, en particular su rápido desarrollo a partir de la década de los setenta, no es un hecho aislado ni es ajeno a las condiciones políticas, económicas y sociales del país.

Entre los factores que más han contribuido a alcanzar esos resultados se encuentran los siguientes:

- En primer lugar, un alto grado de sensibilidad social de los gobernantes.
- En segundo término, la bonanza económica de los años setenta, basada especialmente en la integración centroamericana y en los altos precios del café, el principal producto de exportación.
- En tercer lugar, la culminación de varios programas de salud emprendidos décadas antes, los cuales proporcionaron mucha experiencia, conocimientos, organización institucional, recursos infraestructurales y, sobre todo, inmensos deseos de alcanzar las metas fijadas por la Organización Mundial de la Salud.

Debe mencionarse también, como elementos de mucha trascendencia en la mejora de los indicadores, los programas de atención médica primaria, como fueron los de vacunación, nutrición, agua potable, letratinización, control de la malaria y educación en salud.

La llamada atención secundaria, que es la curación en hospitales, ha sido otra base esencial para elevar los niveles de salud, con incremento de recursos humanos, en especial médicos y enfermeras, mejores procedimientos de diagnóstico y mejores medicamentos.

El desarrollo económico que alcanzó la nación es otra de las razones que permitieron realzar favorablemente los índices de salud: salarios, alimentos, vestuario, vivienda y educación. En fin, un alto grado de estabilidad social que se tradujo en un descenso en las tasas de mortalidad y morbilidad.

Al contar con ingresos más altos, la población tuvo acceso a mejor alimentación. Hasta 1940, el cuadro alimentario se componía básicamente de hidratos de carbono, con alto contenido calórico y bajo componente proteínico.

La elevación en los ingresos permitió a la población incorporar a su mesa alimentos ricos en proteínas y la



mejora en la alimentación, favoreció la mejora en la salud.

Algo semejante se registró en el campo de la vivienda y sus componentes esenciales, como el agua potable, los drenajes y la electricidad. Ellos contribuyen a eliminar enfermedades contagiosas; la electricidad significa modernización de utensilios y artefactos hogareños, acceso a medios de comunicación y conservación de alimentos, todo lo cual repercute en higiene, comodidad y bienestar familiar e individual.

La vivienda es otro aspecto determinante en los logros mencionados. Para adquirirla, la familia debe producir y obtener ingresos suficientes para pagarla. Además, poseer casa encierra un fuerte componente psicológico que favorece la cohesión familiar y la conciencia de la propiedad y el derecho a la misma.

La atención que la CCSS ofrece, además de servicios médicos incluye charlas preventivas, educación para la salud y consulta ambulante, mediante personal debidamente capacitado que inclusive visita los hogares más lejanos.

CUADRO No. 5

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD
POBLACION TOTAL PROTEGIDA
PERIODO 1981 - 1989

CONDICION DE ASEGURAMIENTO	1981		1985		1989 (*)	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
POBLACION NACIONAL	2.265,870	100	2.484,521	100	2.722.508	100
POBLACION ASEGURADA	1.813,842	80,1	2.115,605	85,2	2.483,455	91,2
ASEGURADOS DIRECTOS	588,530	26,8	696,769	28,2	828,060	38,4
-Activos	522,390	23,1	579,205	23,3	659,185	24,2
-Pensionados	66,140	2,9	86,699	3,5	121,760	4,5
-Convenios Especiales	—	—	30,865	1,2	47,115	1,7
FAMILIAR ASEGURADO DIRECTO	1.102,955	48,7	1.244,919	50,1	1.464.819	53,8
-De directo activo	1.038,250	45,8	1.159,133	46,7	1.341,970	49,3
-De pensión	64,705	2,9	85,786	3,5	122,849	4,5
ASEGURADO CUENTA ESTADO	122,357	5,4	173,917	7,0	190,576	7,8
POBLACION NO ASEGURADA	425,028	19,0	368,916	14,8	239,053	8,8

FUENTE: Dirección Técnica
Actuarial

* cifras a junio de 1989

Los niveles educativos alcanzados por la población han jugado también un papel decisivo, al permitir que se cumplan varios proyectos preventivos, con gran participación de los sectores involucrados.

Otro importante factor ha sido la orientación y la asistencia para la autorregulación de la tasa de natalidad, mediante políticas adoptadas desde 1966.

Etapas en el desarrollo de la medicina

Para comprender mejor los actuales indicadores de salud conviene tener en cuenta las grandes etapas por las que ha atravesado el proceso de desarrollo de la medicina costarricense:

- La primera se extendió desde principios de siglo hasta la década de los veinte y se caracterizó por la ausencia casi total de políticas de salud. Las acciones se limitaron a la asistencia médica por parte de algunas entidades, sobre todo de caridad, así como al control de ciertas epidemias propias de la época.

- La segunda etapa se extendió hasta los años sesenta, cuando se produjo un desarrollo muy importante, aunque dentro de patrones tradicionales: se importaron nuevas técnicas que permitieron aumentar la eficiencia y bajar los costos, con lo que se beneficiaron básicamente, los programas sanitarios; pero las entidades como el Ministerio de Salud y las Juntas de Protección Social, no dispusieron de los recursos económicos suficientes para efectuar una labor eficaz.

- La última etapa, que se inició en 1970, vino a ser la culminación de las anteriores acciones y se caracterizó por el empleo más racional de los recursos disponibles y por las condiciones sanitarias del país que alcanzaron niveles parecidos a los de naciones desarrolladas.

En la década comprendida entre 1970 y 1980, la esperanza de vida pasó de 65,39 años a 72,5 años. Se extendieron los servicios de salud a muchos sectores



En los años recientes, cuando la cobertura de Enfermedad y Maternidad supera el 90 por ciento de la población total, la CCSS ha introducido nuevos modelos orientados a aumentar la eficiencia e individualizar la prestación de los servicios, como son el Médico de Empresa, la Medicina Mixta, el Modelo de Capitación, el Médico de Familia y el Modelo Cooperativo.

La moderna Clínica de Tibás, que inició actividades en 1990, por ejemplo, funciona en forma cooperativizada, es decir, al cuidado de una cooperativa en que participa personal médico, paramédico y de servicio, y que trata de proporcionar atención individualizada al grupo familiar. Constituye un ejemplo de los nuevos modelos de atención.

La universalización del Seguro Social y el traspaso de los hospitales a la CCSS han permitido ofrecer asistencia general y especializada prácticamente a toda la población y, en especial, a la infancia.



que carecían de ellos, en especial a zonas rurales alejadas de la capital.

Por su lado, la universalización del Seguro Social y el traspaso de los hospitales permitieron ofrecer asistencia médica más especializada, así como servicios de internamiento en condiciones iguales para todo individuo, pertenezca o no al sistema institucional.

En el fondo de estas circunstancias, como explicación y fundamento, como causa e impulso de aquellos indicadores, debe señalarse la existencia de un gran interés por combatir y erradicar muchas enfermedades, interés que siempre ha sido parte del ideal de dignidad y bienestar.

Los cuadros Nos. 5 y 7 ilustran la forma en que ha evolucionado la cobertura por enfermedad y maternidad durante la última década, según la condición en que se basa el derecho y el sector a que pertenece el asegurado directo. Al finalizar la década, en 1991, la cobertura se ha extendido hasta 95 de cada 100 habitantes. Esta sin duda, es la causa esencial de los progresos en la salud del pueblo costarricense.

II

La Situación Financiera

HACIA UNA SOLIDEZ ECONOMICA ESTABLE

La estructura financiera.

A pesar del equilibrio financiero que mantiene la Caja Costarricense de Seguro Social, su dirección superior ha venido preparando, y a veces anticipando, algunas reformas necesarias para asegurar una estructura económica más sólida, tanto en el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), como en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM).

Desde que fue creada la CCSS, su financiamiento se ha sustentado en un sistema tripartito, en que el trabajador, el patrono y el Estado aportan, cada uno, determinados porcentajes calculados sobre el monto de los salarios.

En los años más recientes se viene aplicando la siguiente tabla de porcentajes (cuadro No. 6), la cual se calcula sobre los salarios, para fijar el monto de los aportes de los tres sectores.

Estos aportes representan los mayores ingresos del sistema, aunque la entidad aseguradora también recibe otros como, por ejemplo, una asignación anual del presupuesto nacional, varias contribuciones voluntarias y aportes de algunos organismos internacionales y nacionales, como los fondos que por ley debe entregarle la Junta de Protección Social de San José, y que son producto de la lotería nacional.

La crisis.

Para alcanzar ese equilibrio económico, durante la existencia de la CCSS se ha necesitado mucho esfuerzo y sacrificio de parte de toda la nación, especialmente de los asegurados y de los funcionarios institucionales, sobre todo para superar los agudos problemas de las

CUADRO No. 6

TABLA DE LOS APORTES TRIPARTITOS AL SEGURO SOCIAL
CALCULADO EN PORCENTAJES DEL SALARIO

Régimen	Patrono	Trabajador	Estado	TOTAL
Seguro de Enfermedad y Maternidad	9,25%	5,50%	0,25%	15%
Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte	4,75%	2,50%	0,25%	7,50%

épocas de crisis.

Aún se recuerdan las dificultades provocadas por la crisis de fines de los años setenta, cuya superación constituyó uno de los retos más grandes a los que se ha enfrentado el país y, por supuesto, también la CCSS.

Esa crisis fue provocada por un complejo de factores externos e internos, como la recesión en los mercados de exportación, la contracción de la producción, la alta tasa inflacionaria, el desempleo, el cierre de créditos de proveedores, entre otros.

La situación se agravó por la gran cantidad de patronos que dejaron de cumplir sus obligaciones con el Seguro Social, y el aumento en la deuda del Estado, lo que definitivamente repercutió en la formación de un déficit considerable.

Una vez pasada la etapa más aguda de la crisis, en el período de la recuperación, se aplicaron medidas principalmente para reducir la morosidad patronal, negociar la deuda del Estado y aumentar los montos de

Desde su fundación, el Seguro Social se basa en sistema de financiamier tripartito, al que contribuyen los patrono los trabajadores y el Est

CUADRO No. 7

SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD
 NUMERO DE TRABAJADORES POR SECTOR INSTITUCIONAL,
 SEGUN AÑO: 1971 - 1987

AÑO	GOBIERNO CENTRAL	INSTITUCIONES AUTONOMAS	EMPRESA PRIVADA	TRABAJADORES INDEPENDIENTES	PENSIONADOS IVM	PENSIONADOS ESTADO	PENSIONADOS RNC	TOTAL
1971	30.046	34.286	140.950	-	4.756	-	-	210.038
1972	34.208	37.8993	168.017	-	6.227	-	-	246.445
1973	35.516	46.543	185.052	-	7.787	-	-	274.898
1974	37.353	50.618	208.279	-	9.208	-	-	305.458
1975	44.068	54.743	221.621	-	10.547	-	12.812	343.791
1976	47.590	52.855	239.953	22.740	12.462	-	19.154	394.754
1977	51.290	58.631	264.845	49.777	14.833	-	24.809	463.385
1978	53.331	66.888	278.767	64.602	17.166	-	27.867	508.621
1979	57.959	74.322	295.665	77.122	19.921	-	30.045	555.034
1980	56.044	76.9210	294.321	86.881	22.783	-	32.932	569.871
1981	57.963	86.920	286.152	90.274	25.796	12.061	31.574	590.740
1982	58.276	87.562	290.613	93.643	29.220	13.102	32.465	604.881
1983	61.790	85.682	296.292	114.963	32.699	13.922	34.610	638.824
1984	61.771	100.983	308.225	126.819	36.583	14.806	36.721	685.927
1985	62.957	89.407	307.014	119.160	40.406	15.690	36.852	670.300
1986	64.250	94.593	313.672	121.039	44.852	17.711	39.381	694.125
1987	65.472	96.403	327.044	-	49.761	-	-	-
1988	66.078	99.266	341.386	124.906	55.147	22.671	46.265	798.022
1989		102.479	361.813	127.371	61.294	26.608	48.206	841.867

FUENTE: 1971 - 1980 Estadísticas Patronos, Trabajadores y salarios DTAPI (junio)

-Pensionados del Estado: Estudio Masas Salariales

-Pensionados de IVM: Anuario Estadístico DTAPI 1981 - 1985 (junio)

-Pensionados RNC: Boletín Estadístico 1982 - 1987

-Estadísticas Mecanizadas de Trabajadores 1981 - 1987 = Centro de Cómputo CCSS (Promedio)

* A partir de 1985, la cifra de trabajadores asalariados descendió, debido a que son separados en grupos de trabajadores, clasificados en Convenios Especiales.



El moderno edificio del Hospital México, en la periferia de San José, fue inaugurado en setiembre de 1969, como el primer centro hospitalario construido por la CCSS con sus propios recursos, en cumplimiento del mandato constitucional de universalizar los servicios. Como centro de muy alta calidad técnica, desde sus inicios permitió a la medicina institucional asumir plenamente la responsabilidad de mantener la salud del pueblo costarricense.

cotización, tanto por parte de los patronos como de los mismos trabajadores. La CCSS entró entonces en un periodo de austeridad muy drástico.

Durante varios años se congelaron las plazas vacantes, se redujo el cuadro de medicamentos disponibles, y se impusieron grandes esfuerzos a los casi 23 mil empleados de la Caja, quienes, de diversas maneras, dieron su aporte al restablecimiento económico y administrativo de la institución.

Recursos económicos.

Como se dijo, tres sectores financian los Seguros de Enfermedad y Maternidad y de Invalidez, Vejez y Muerte, de la Caja Costarricense de Seguro Social: trabajadores, patronos y Estado. El Régimen no contributivo de pensiones por monto básico, que ampara a los indigen-

tes, tiene un sistema especial de financiamiento.

Los dos primeros regímenes mencionados cuentan con recursos propios que se administran en forma independiente.

En el SEM, los fondos que se recaudan se invierten en la prestación de servicios médicos y el otorgamiento de ciertos subsidios, en tanto que los recursos propios del Seguro de IVM se reservan para el pago de pensiones de los trabajadores que cotizan para él, y que año con año aumentan en número considerable.

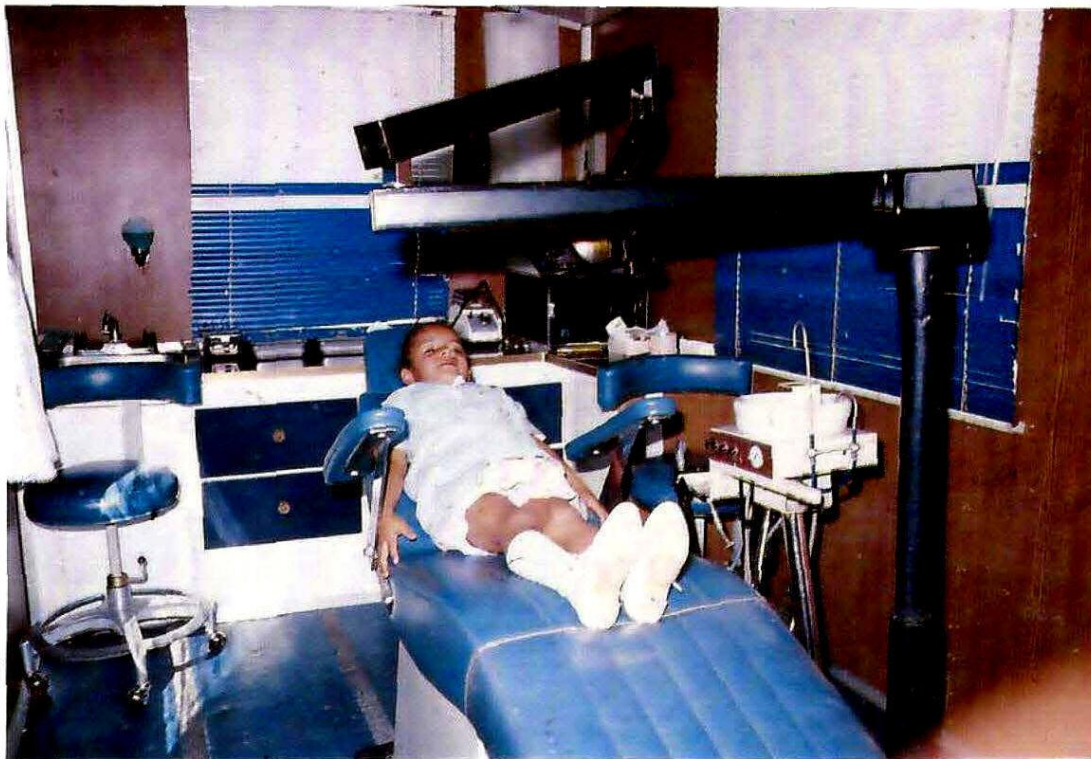
Como seguro de capitalización parcial que es IVM, sus recursos se invierten en las mejores condiciones de rentabilidad y garantía. Parte de su capital se destina a préstamos hipotecarios para la compra o construcción de edificios y casas de habitación, tanto para los empleados de la institución como para particulares.

En tanto que, Enfermedad y Maternidad, que constituye un seguro de reparto y no de capitalización, tiene a su cargo la asistencia médica de toda la población, que cada año crece en un promedio de 70 mil personas. Esto produce una demanda creciente que debe atenderse mediante la constante ampliación de los servicios.

Todos los recursos que a la fecha posee el Seguro Social son minuciosamente distribuidos con la finalidad de aprovecharlos al máximo, hacerle frente a muchos compromisos y llenar los requerimientos de los 29 hospitales, las 237 clínicas y las 74 sucursales a su cargo, que naturalmente necesitan para su funcionamiento amplios y competentes recursos humanos, modernas plantas físicas, gran variedad de medicamentos, equipos e implementos.

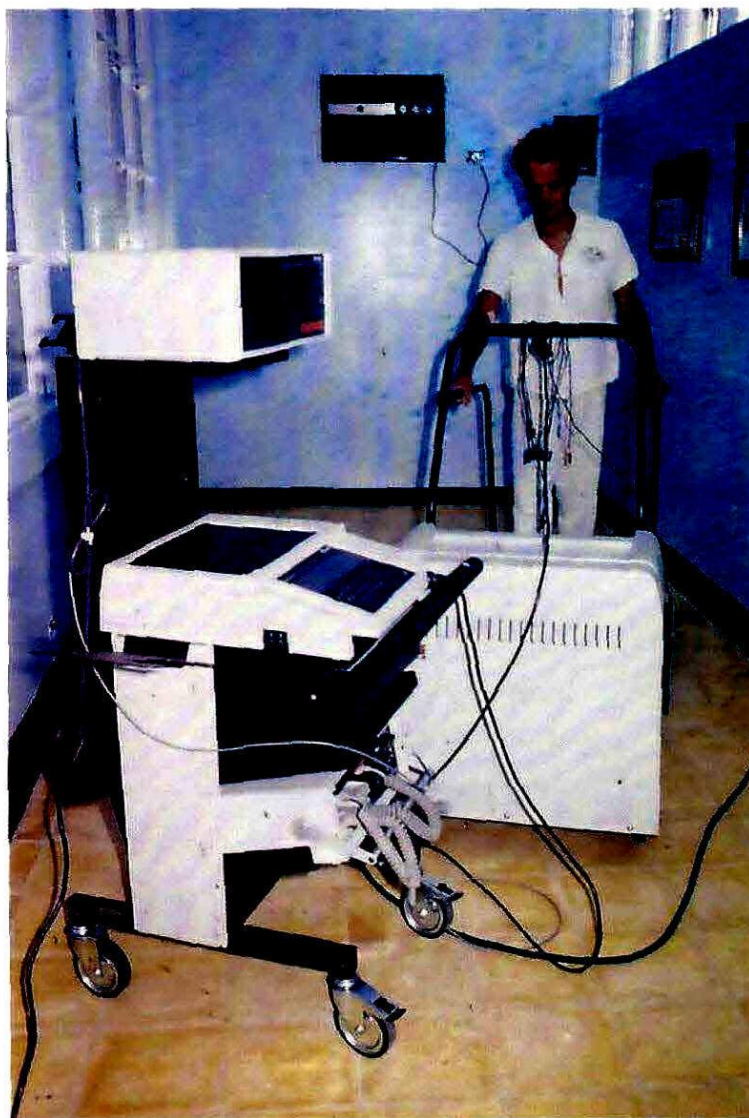
Financia además este régimen, varios programas de bien social, como el Fondo Nacional de Mutualidad, que otorga un subsidio económico a la familia, cuando fallece el asegurado directo, su cónyuge o compañera. A pesar de su reciente creación, cientos de personas se han beneficiado con este fondo.

La atención que proporciona la CCSS incluye servicios odontológicos, que se prestan en centros especializados e inclusive mediante unidades móviles que permiten llevar el servicio hasta donde se encuentre el paciente. Las clínicas odontológicas móviles forman parte del programa de atención a comunidades que llega hasta los lugares de más difícil acceso del país.





El Hospital "Monseñor Víctor Sanabria", ubicado en Puntarenas. Consiste en un moderno centro hospitalario que presta servicios a una muy amplia región agrícola e industrial del país, que incluye el principal puerto costarricense del Océano Pacífico, que además es un importante centro de tráfico comercial y pesquero.



En resumen, puede decirse que todos los fondos que ingresan a la Caja Costarricense de Seguro Social se destinan para costear obras y financiar programas en bien de la salud, desde todo punto de vista, siempre con el propósito de superar, día con día, los indicadores existentes, pero, sobre todo en el período más reciente, por proporcionar una atención más eficiente y personalizada.

Financiamiento del RNC

Como se señaló en su oportunidad, además de los seguros de contribución tripartita, la CCSS también administra el Régimen no contributivo de pensiones, cuyos recursos financieros están constituidos por la quinta parte del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, conforme lo dispone la Ley No. 5662, que fue dictada el 23 de diciembre de 1974.

Para manejar esos ingresos, la Caja ha constituido el “Fondo del Régimen no contributivo de pensiones y otros beneficios”, contra el cual hace recaer los pagos por concepto de pensión y demás beneficios que se otorgan, y mantiene un margen permanente como reserva para contingencias, equivalente al 12 por ciento de los gastos de operación del ejercicio anual.

Los recursos del RNC se administran con independencia respecto de los otros regímenes administrados por la CCSS y en ningún caso pueden tomarse dineros de éste, para sufragar gastos de los otros.

III

Al Servicio de la comunidad

1 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

La Junta Directiva

La Junta Directiva es el máximo órgano rector de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Está integrada por un Presidente Ejecutivo y ocho directores, designados por el Consejo de Gobierno de la República, aunque ostentan representación claramente definida. Se reúnen una vez por semana en forma ordinaria y extraordinariamente cada vez que los convoca el Presidente Ejecutivo.

Se trata de una estructura tripartita e igualitaria, en la cual están representados los tres elementos que concurren al financiamiento de la institución, y que por ello deben intervenir en el funcionamiento y en la distribución de los servicios: el Estado, los empleadores y los trabajadores.

Los miembros de la Junta Directiva son personas de máxima honorabilidad. Dos de ellas y el Presidente Ejecutivo son los representantes del Estado; tres son delegados del sector patronal y los otros tres lo son del sector laboral.

Los representantes de los patronos provienen de los sectores agropecuario, industrial y comercial, y son escogidos por el Consejo de Gobierno, de listas que las asociaciones patronales presentan al Consejo de Gobierno, por medio de la Unión Costarricense de Cámaras y Asociaciones de la Empresa Privada.

Los miembros provenientes del sector laboral son seleccionados de listas que las confederaciones sindicales, las organizaciones cooperativas y las asociaciones solidaristas presentan al Consejo, para que éste escoja un representante de cada uno de los grupos indicados.

El Presidente Ejecutivo

Es el funcionario de mayor jerarquía dentro de la institución. Preside la Junta Directiva y le corresponde supervisar la ejecución de las decisiones adoptadas. Además, coordina internamente la acción de la entidad y sus relaciones con los organismos del Estado.

El Presidente Ejecutivo es un funcionario de tiempo completo y dedicación exclusiva, por lo tanto, no puede desempeñar otro cargo público ni ejercer profesiones liberales.

Es el encargado de elevar a conocimiento de la Junta Directiva las iniciativas del Poder Ejecutivo, que se relacionen con la definición, formulación y adopción de las políticas institucionales.

En los jardines exteriores del moderno Hospital "Dr. Enrique Baltodano Briceo" de Liberia, puede apreciarse la escultura llamada "La Pareja", original del escultor Mario Parra, ejecutada en bronce, en 1987.





Los gerentes y el auditor

Para la eficiente administración institucional, la Junta Directiva designa cuatro Gerentes de División: Administrativo, Médico, Financiero y de Operaciones, quienes tienen a su cargo las funciones de sus respectivos campos. Permanecen seis años en sus cargos y pueden ser reelegidos.

Un Auditor y un Subauditor internos se encargan de ejecutar el control administrativo, económico y financiero.

Las comisiones

Para el mejor desempeño de sus funciones, la Junta Directiva cuenta con tres comisiones de estudio:

- Comisión de enfermedad y maternidad,
- Comisión de invalidez, vejez y muerte,
- Comisión administrativa-financiera.

Las comisiones son nombradas por el Presidente Ejecutivo o el Vicepresidente de la Junta Directiva. La elección de sus miembros se realiza durante las dos primeras sesiones de cada año y los directores que las integran duran 12 meses en sus funciones y pueden ser reelegidos.

Además de las ya indicadas, la Junta Directiva puede nombrar las comisiones especiales que considere necesarias para el estudio, examen o investigación de cualquier asunto importante relativo a la entidad.

2 LOS NIVELES DE ATENCION

Los servicios médicos que administra la Caja Costarricense de Seguro Social entraron en la década de los setenta, en la etapa de expansión y de coordinación, para cumplir el objetivo de universalizar el Régimen de Enfermedad y Maternidad, es decir, para conseguir que ese régimen proporcionara atención a todos los habitantes del país.

Varias importantes medidas fueron adoptadas con ese propósito. Así:

- fueron establecidos organismos de coordinación entre la CCSS y el Ministerio de Salud, se delimitaron las zonas geográficas (regiones de salud) cuyo cuidado fue asignado a ambas dependencias;

- se fijaron las responsabilidades específicas con respecto a la prevención y a la asistencia de la enfermedad;

- se organizaron los servicios según grados de complejidad y de especialización, con lo que se establecieron distintos niveles de atención;

- se encomendó a cada una de las instituciones los niveles de atención que quedaron establecidos.

A partir de estas bases se trazó el primer Plan Nacional de Salud, el cual se desarrolló de 1971 a 1980 y cuyos objetivos básicos fueron los siguientes:

- La creación de un Sistema de Salud único e integrado.

- El desarrollo en el ámbito nacional, por parte del Ministerio de Salud, de un Programa de atención primaria destinado al control de la infección, el cuidado de la desnutrición y el saneamiento ambiental.

- La universalización de la atención médica a cargo de la entidad aseguradora, así como la extensión del

Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte

La Ley de Traspaso de Hospitales promulgada en setiembre de 1973, fue uno de los instrumentos más importantes para cumplir la universalización de los servicios, pues con base en ella, el Ministerio de Salud y las Juntas de Protección Social transfirieron al Seguro Social los hospitales que tenían a su cargo.

En el Plan Nacional de Salud los servicios se organizaron según un esquema piramidal, compuesto por seis niveles básicos de atención, según se aprecia en cuadro siguiente.

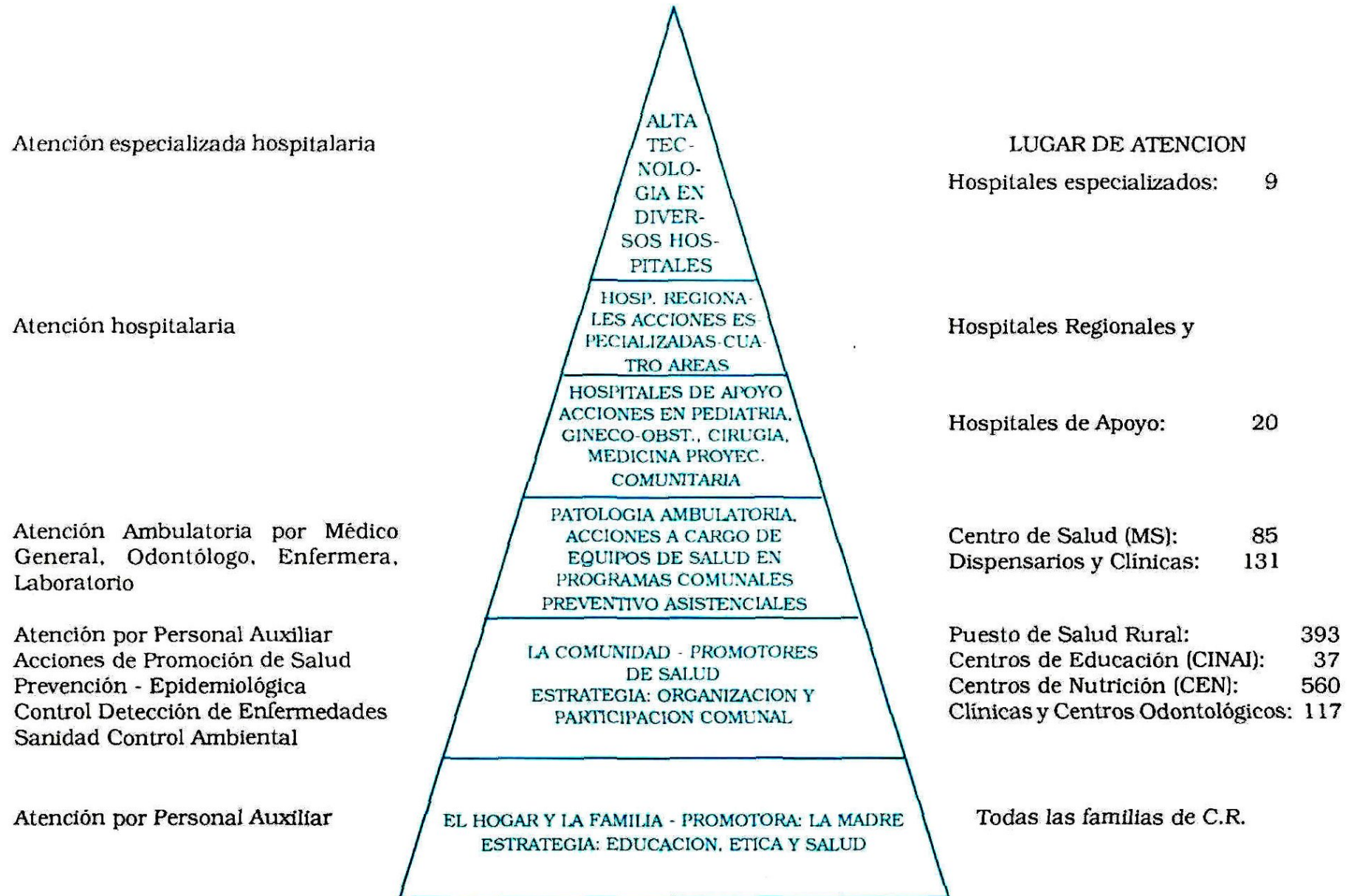
En los dos primeros niveles a partir de la base, el Ministerio de Salud desarrolla los programas preventivos con la colaboración de la familia y la comunidad. En los cuatro niveles restantes, la CCSS atiende la enfermedad en los 29 hospitales que posee en todo el territorio nacional.

Los servicios que el Seguro Social presta en los niveles de atención, que incluyen prevención, saneamiento, educación y nutrición, con frecuencia deben prestarse en lugares muy lejanos a los que deben trasladarse en barcas o lanchones. Ello ocurre en los Canales de Tortuguero, en la Zona Atlántica, donde el personal de Salud se desplaza en lanchas para dar servicios de consulta, diagnóstico, medicación y educación en salud, a los habitantes de los caseríos ribereños.



SISTEMA PIRAMIDAL DE NIVELES DE ATENCION DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD - CCSS



El sistema piramidal procura, mediante la integración de las funciones encomendadas al Ministerio y al Seguro Social, que los problemas de salud de los costarricenses se solucionen de manera ambulatoria en los primeros niveles. Sólo los casos crónicos deben ascender a la cúspide de la pirámide, donde la atención de la enfermedad es muy compleja y de muy alto costo.

Primer Nivel

Ocupa la base de la pirámide. Comprende las acciones de prevención, saneamiento, educación y nutrición que se llevan a cabo en el ámbito del hogar. En este caso, es la madre la principal promotora de la salud.

Segundo Nivel

Corresponde a las acciones que desarrollan los puestos de salud a cargo del Ministerio, para cumplir con los programas de salud rural o comunitaria. Los promotores de salud y el personal auxiliar de enfermería, se encargan de la prevención de las enfermedades infectocontagiosas.

Desarrollan programas para toda la población sobre inmunizaciones, control del medio ambiente, basuras y excretas, agua, nutrición, educación sanitaria, planificación familiar y control materno infantil.

Tercer Nivel

El Seguro Social es el responsable principal de este nivel, aunque en él, también, participan los centros de salud del Ministerio que atienden patologías.

Las unidades médicas de atención ambulatoria del Seguro Social que pertenecen a este nivel, están a cargo de profesionales en ciencias médicas: medicina general, odontología, laboratorio clínico, farmacia y enfermería.

En este nivel se encuentran las clínicas de consulta externa, que son establecimientos de salud de complejidad intermedia destinados a la atención médica ambulatoria.

Esas clínicas son las siguientes:

1.- Clínicas de consulta externa tipo 1:

El Seguro Social cuenta con 182 unidades médicas de este tipo, que son las más pequeñas. Tienen un área de adscripción máxima de 8.000 habitantes; no cuentan con servicios de diagnóstico y brindan apoyo a los puestos de salud del Ministerio.

2.- Clínicas de consulta externa tipo 2:

En total son 36 unidades de mayor complejidad que las anteriores. Se encuentran ubicadas en poblaciones de 8000 a 15.000 habitantes. Cuentan con más de dos

El Hospital San Rafael, de Alajuela, la segunda ciudad más poblada de Costa Rica. Fue construido originalmente por la Junta de Protección Social de la ciudad y actualmente se realizan los estudios para construir un nuevo edificio que satisfaga las demandas y las expectativas de los usuarios actuales, que se han multiplicado varias veces.





Clinica de Santa Rosa de Cutris, una comunidad rural, agrícola, productora de banano y ganado. Fue inaugurada hace aproximadamente diez años, y forma parte de los programas de extensión de servicios al área rural.

médicos permanentes y reciben la visita periódica de ciertos especialistas. Disponen de tecnologías de diagnóstico y dan servicios de apoyo a las clínicas tipo 1 y a los puestos de salud.

3.- Clínicas de consulta externa tipo 3:

Sus áreas de adscripción van de los 15.000 hasta los 30.000 habitantes. Son 13 centros de salud más desarrollados y complejos que las clínicas tipo 2. Estas unidades cuentan con servicios de ayuda diagnóstica y ofrecen consulta de medicina general y especialidades.

4.- Clínicas periféricas o de consulta externa tipo 4:

Son 12 establecimientos de salud de gran tamaño y complejidad. Proporcionan atención ambulatoria en subespecialidades y las cuatro especialidades básicas: Pediatría, Gineco-obstetricia, Medicina y Cirugía.

Cuentan con servicios de ayuda diagnóstica, y se encuentran ubicadas en grandes urbes cuyas poblaciones oscilan entre los 40.000 y 150.000 habitantes. Se les considera como una prolongación de los hospitales hacia las comunidades.

Cuarto Nivel.

Es de responsabilidad exclusiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. Está constituido por los hospitales periféricos de apoyo, con sus cuatro especialidades básicas: Medicina, Cirugía, Gineco-obstetricia y Pediatría, y algunas subespecialidades de mayor demanda. Estos hospitales desempeñan actividades docentes dirigidas al personal y a las poblaciones que atienden.

Dichos establecimientos están destinados, principalmente, a la atención ambulatoria. Cuentan con quirófanos y con camas para hospitalización transitoria y atención de partos. Brindan servicios médicos generales a las poblaciones adscritas a ellos, y servicios de apoyo a las clínicas de consulta externa, así como a los puestos de salud que dependen de esos hospitales.

Al igual que las clínicas de consulta externa, estos centros periféricos de atención se catalogan en tres niveles, según su complejidad y el área de atracción que les corresponde. Entre uno y otro hay diferencias en cuanto al número de especialidades con que cuentan y en cuanto a la cantidad de camas y de quirófanos.

Quinto Nivel

Corresponde a los hospitales regionales. En ellos se atienden patologías complejas que requieren equipos calificados y de la participación de personal debidamente capacitado. En conjunto, atienden hasta 16 subespecialidades. Además, supervisan las acciones que desarrollan los hospitales periféricos de apoyo y las clínicas ambulatorias periféricas.



Hospital Pediátrico "Dr. Carlos Sáenz Herrera", conocido como Hospital Nacional de Niños. Fue inaugurado en 1974, con el propósito específico de proporcionar atención especializada a la población infantil víctima de la epidemia poliomielitis que por esa época atacó a la región. Fue gracias al esfuerzo del Dr. Carlos Sáenz Herrera, quien emprendió una campaña para la construcción de ese hospital, que se obtuvo la cooperación internacional y el aporte nacional, para ejecutar una obra que es ejemplar en cuanto a eficiencia y calidad de servicios.



Clínica de Cervantes fue inaugurada en 1989, para servir a una región fundamentalmente agrícola, cada en el cantón de Saraguro, en la provincia de Cotacachi. Forma parte del programa de extensión de la Unidad Social a zonas rurales del país.

Sexto Nivel

Está constituido por los hospitales nacionales y especializados que se ubican en el área metropolitana. Manejan las patologías de mayor complejidad y desempeñan roles en la asistencia, la docencia y la investigación. A su cargo están los servicios de más alto costo y

de mayores recursos tecnológicos, como por ejemplo, cirugía de corazón, neurocirugía, radioisótopos, trasplantes de órganos, etc.

En el país existen ocho hospitales de esta categoría. Tres generales: el México, el "Dr. Rafael Angel Calderón Guardia" y el San Juan de Dios, y cuatro especializados: el Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera", el Hospital Nacional Psiquiátrico Chapuí, el Hospital Geriátrico "Dr. Raúl Blanco Cervantes", el Centro Nacional de Rehabilitación "Dr. Humberto Araya" y el Instituto Materno Infantil Carit.

El Control del Sistema

Mediante la regionalización del país en siete áreas geográficas: la Huetar Norte, la Huetar Atlántica, la Chorotega, la Pacífico Central, la Brunca, la Central Norte y la Central Sur, se ha logrado una mejor coordinación y un mejor control de las acciones médicas que realiza el Seguro Social en los diferentes niveles de atención.

Cada una de las regiones citadas está presidida por un director médico, quien vela por la adecuada prestación de los servicios en las clínicas y en los hospitales que le corresponde supervisar por efectos de ubicación geográfica.

Los directores regionales se reúnen periódicamente con el Gerente Médico para discutir los problemas y las necesidades que enfrentan las unidades. Periódicamente los directores de los hospitales nacionales también participan en los consejos.

Asimismo, los presupuestos de las regiones se formulan en estas reuniones. Para ello se toma en consideración las políticas financieras institucionales y las necesidades de diversa índole que tienen las clínicas y hospitales.

3 TECNOLOGIA Y SALUD

Los altos indicadores de salud alcanzados en Costa Rica se deben, en gran parte, a la aplicación de la tecnología en el campo del diagnóstico y del tratamiento de la enfermedad, así como al saneamiento ambiental.

La bonanza en el bienestar de la población está relacionada directamente con la aplicación de la tecnología en áreas específicas.

Gracias al desarrollo tecnológico, ha sido posible producir alimentos de calidad en cantidades suficientes; se han desarrollado programas de vacunación masiva para la prevención de las enfermedades infectocontagiosas, y se ha puesto énfasis en el saneamiento ambiental y en la construcción de viviendas. También se ha adquirido moderno equipo para diagnóstico y tratamiento de ciertas patologías.

La relación entre la tecnología y los altos índices de salud que tiene el país, se refiere básicamente a los aspectos de nutrición, prevención y lucha contra la enfermedad.

Necesidad permanente

Mantener y mejorar los programas de saneamiento ambiental y de prevención y control de la enfermedad, significa que la adquisición de tecnología actualizada es una necesidad permanente.

Las campañas de prevención y de educación para la salud, que han sido tan eficaces, no disminuyen la necesidad de disponer de una tecnología médica moderna.

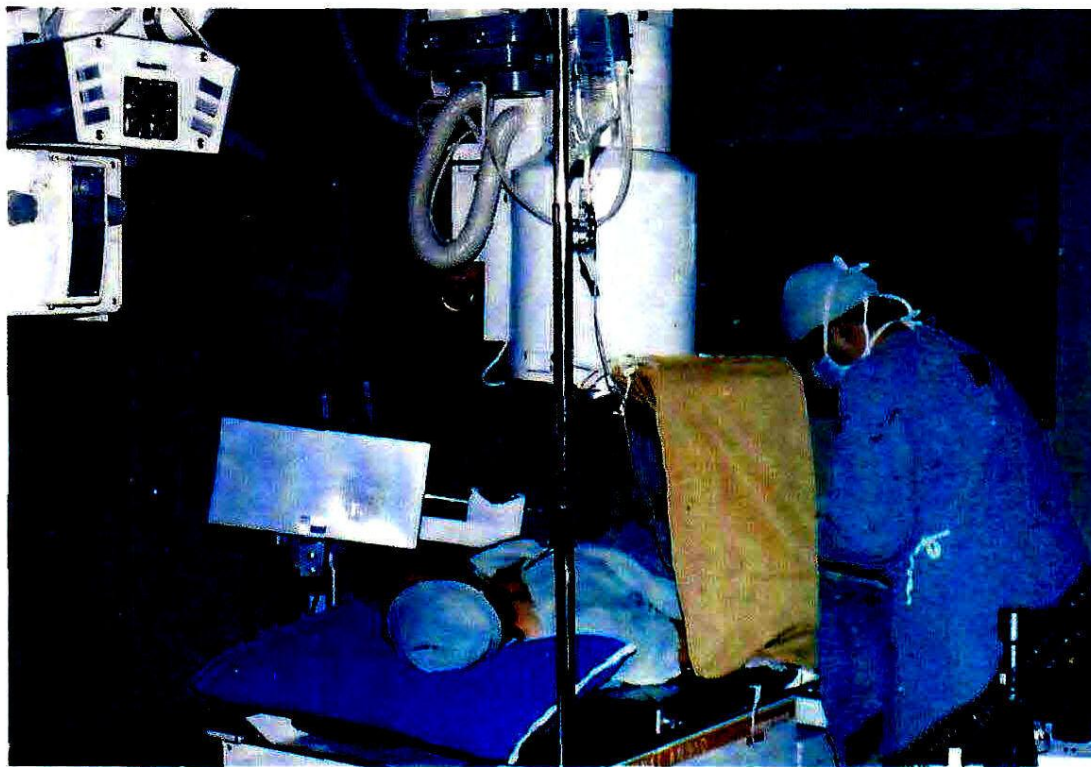
Sin duda la divulgación de los programas de prevención y salud en las comunidades, disminuye el número



de enfermos y de fallecimientos; pero, la población con expectativa de vida muy alta, sobrevive a la muerte temprana y el anciano, generalmente víctima de patologías más complejas, necesita tecnología especializada para el control de los males crónicos.

Se dice que los tiempos cambian. Esto es cierto; pero también es cierto que con ellos cambian las patologías. La arteriosclerosis, la hipertensión arterial, los accidentes vasculares cerebrales, la diabetes, los procesos degenerativos, el cáncer, así como las malformaciones congénitas y los accidentes perinatales en las madres jóvenes, serán las principales causas de muerte en el futuro. Ello significa que será indispensable la introducción de tecnología apropiada para la prevención y el tratamiento de esos padecimientos.

La atención de la Seguridad Social incluye los servicios de farmacia, mediante los cuales, los usuarios reciben los medicamentos necesarios para sus respectivos tratamientos, como parte de la cobertura normal.



El Servicio de Cardiología del Hospital San Juan de Dios se encuentra dotado con equipo de alta tecnología, con el objeto de atender uno de los rubros más significativos en los indicadores de mortalidad, como son los males cardíacos. Entre ese equipo se cuenta con un angioscopio, que proporciona gran seguridad en las intervenciones quirúrgicas.

Es importante señalar que, a diferencia de otros lugares donde el uso de la tecnología está determinado por la capacidad de pago del individuo, en la Caja Costarricense de Seguro Social opera un sistema abierto de atención, en el cual todos los asegurados, aún los más pobres, tienen derecho a utilizar todos los servicios, aún los dotados con las tecnologías más avanzadas y caras.

Importación

En lo referente al Sector Salud, Costa Rica produce sólo una pequeña parte de los requerimientos técnicos y tecnológicos. La industria farmacéutica nacional provee poco más del 10 por ciento de los medicamentos.

De manera que el aporte nacional a este sector sólo se completó en cuanto a recursos humanos y alimentos.

Esto significa que se debe importar la mayor parte de la tecnología requerida, incluyendo instrumental, equipo fijo y muchos de los reactivos y materiales.

Distribución de la tecnología

Como se señaló, la distribución de los equipos entre los distintos centros de salud, depende de la región a que pertenezca y al nivel de atención que le corresponde prestar a cada unidad médica.

Para ello se siguen los criterios del programa de regionalización que, como se dijo, ha dividido al país en siete áreas: la Huetar Norte, la Huetar Atlántica, la Chorotega, la Brunca, la Pacífico Central, la Central Noroeste y la Central Sureste.

En cada una de esas demarcaciones funciona un hospital regional, encargado de los programas esenciales. En estos centros, la dotación de los equipos se hace con base en las necesidades establecidas por las especialidades.

Los hospitales de apoyo, dependientes de los regionales, tienen un nivel de operación más simple. Atienden las cuatro especialidades básicas: Medicina, Pediatría, Ginecología-obstetricia y Cirugía. Los recursos tecnológicos de que disponen son los que demandan estas especialidades.

Lo mismo ocurre con la tecnología para diagnóstico, la cual es mucho más sofisticada en los centros regionales que en los hospitales de apoyo periférico.

En el caso de las clínicas, sólo las mayores están dotadas para el diagnóstico de la enfermedad, como equipos para radiología, laboratorio, ultrasonido y endoscopia.

Los hospitales menores tienden a asimilar equipos de hospitales mayores y éstos, a su vez, buscan dispo-

ner de las tecnologías más avanzadas que normalmente se limitan a los centros médicos especializados.

Centros especializados de atención

Con el fin de evitar la duplicación de la tecnología compleja en los centros médicos, el Seguro Social intenta consolidar un programa para crear centros de atención muy especializados en los hospitales metropolitanos. Por ejemplo, en el Hospital México se concentra la cirugía de corazón; en el Hospital Dr. Calderón Guardia, la oftalmología de alta complejidad y el trasplante de hígado, y en el Hospital San Juan de Dios, la neurocirugía.

En cada uno de los centros médicos mencionados se va acopiando la tecnología apropiada para la especialidad que se le ha asignado.

Dado el alto costo de la tecnología y el hecho que en su mayor parte debe importarse, es imposible satisfacer plenamente los buenos propósitos del personal médico, que desearía disponer de todas las innovaciones tecnológicas, para atender en forma óptima a sus pacientes y resolver todos los casos que se les presentan.

Ello, además, podría significar una proliferación de tecnología sofisticada subutilizada, y consecuentemente la elevación innecesaria de los costos de la salud.



El Sistema de la Seguridad Social ha mantenido una constante preocupación por dotar a los 30 hospitales con actualizados recursos tecnológicos. Uno de los equipos de punta es la gammacámara, que permite una auscultación prácticamente completa del organismo humano, para diagnóstico, de alta precisión.



La Unidad Coronaria del Hospital San Juan de Dios también cuenta con sistemas computarizados para el control de los servicios cardiovasculares que se prestan. Ello demuestra la especial atención que se presta a este tipo de enfermedades, que constituyen la primera causa de mortalidad en el país.

4 HACIA UN CAMBIO EN EL SISTEMA DE ATENCION

Muchos aspectos de la salud pública en Costa Rica, gracias a su avanzado Sistema de Seguridad Social, han alcanzado indicadores comparables con países desarrollados; sin embargo, algunos aspectos pueden mejorarse aún; de hecho, esa mejora es una preocupación institucional permanente.

Inclusive, con alguna frecuencia, el sistema de atención de la consulta ambulatoria ha sido objeto de críticas en seminarios y congresos, o a través de los medios de comunicación.

Esos enjuiciamientos, además de señalar los aspectos positivos, también recogen objeciones la mayoría

referidas a problemas administrativos que a veces causan diversidad en la organización de la consulta, así como, al sistema de concesión y sustitución de citas, sobre todo en algunas especialidades. Además, los tiempos de espera para la entrega de medicamentos normalmente se consideran prolongados.

En cuanto a los servicios médicos, los críticos dicen que no inspiran una plena confianza del usuario, porque frecuentemente se prestan sin continuidad y de una manera masificada e impersonal. En esas circunstancias, dicen, el médico normalmente desconoce las condiciones de vida y de trabajo en que se desenvuelve el paciente y su familia, y ello no le permite tratar el problema de la enfermedad en forma integral.

Conscientes de que esas observaciones reflejan expectativas legítimas de grupos cotizantes, varias personalidades y sectores involucrados en la problemática de la salud han planteado la necesidad de ofrecer a la población usuaria, un servicio más eficiente, más efectivo, más personalizado y más humano.

En el período presente, aquellas expectativas se han convertido en la preocupación principal y traducido en una prioridad de la política institucional, de manera que hoy, cuando ya se ha alcanzado la universalización, se proclama que ha llegado el turno de la individualización en la forma en que se prestan los servicios.

Nuevos sistemas

El objetivo de la individualización se inspira también en la necesidad de contribuir a la justa distribución de los beneficios sociales y a la estabilidad del país, y para alcanzarla se ha venido trabajando en el diseño y la estructuración de nuevos y más personalizados modelos de atención dentro del Sistema de la Seguridad Social.

En la actualidad se desarrollan en diferentes clínicas del país, tres modalidades inspiradas en una concepción filosófica común, pero diferenciadas entre sí por

características que las hacen peculiares.

Esos nuevos modelos de prestación de los servicios de salud se conocen como:

- sistema de atención en medicina familiar y comunitaria,
- sistema de capitación, y
- modelo de atención administrado por cooperativa.

Mejor relación médico-paciente

Las tres experiencias se orientan hacia el objetivo de lograr mayor satisfacción por parte del usuario y del personal de salud; trata también que entre el equipo de salud y el paciente se establezca una relación familiar, personalizada y continua, para lo cual es esencial que el usuario pueda seleccionar al médico de su preferencia y cambiarlo si no le satisface sus necesidades de atención.

Además, se pretende un cambio de enfoque hacia un servicio integral, en que las acciones de la salud estén orientadas en primera instancia hacia la promoción, la prevención y la detección precoz, y en segundo lugar, a los aspectos curativos y de rehabilitación.

Dentro de esta nueva concepción se busca también que la comunidad participe en la formulación, el desarrollo, el control y la evaluación de los programas de salud.

Los nuevos modelos implican que los servicios estén disponibles a los usuarios las 24 horas del día, durante todos los días del año, a fin de garantizar su acceso de manera oportuna.

Los beneficios institucionales derivados de esos modelos son ya perceptibles, principalmente en la rebaja de la tasa de medicamentos por consulta y la disminución en el número de referencias a especialistas y de solicitudes de admisión a hospitales; esto último, producto de la continuidad de la atención en su nivel primario.



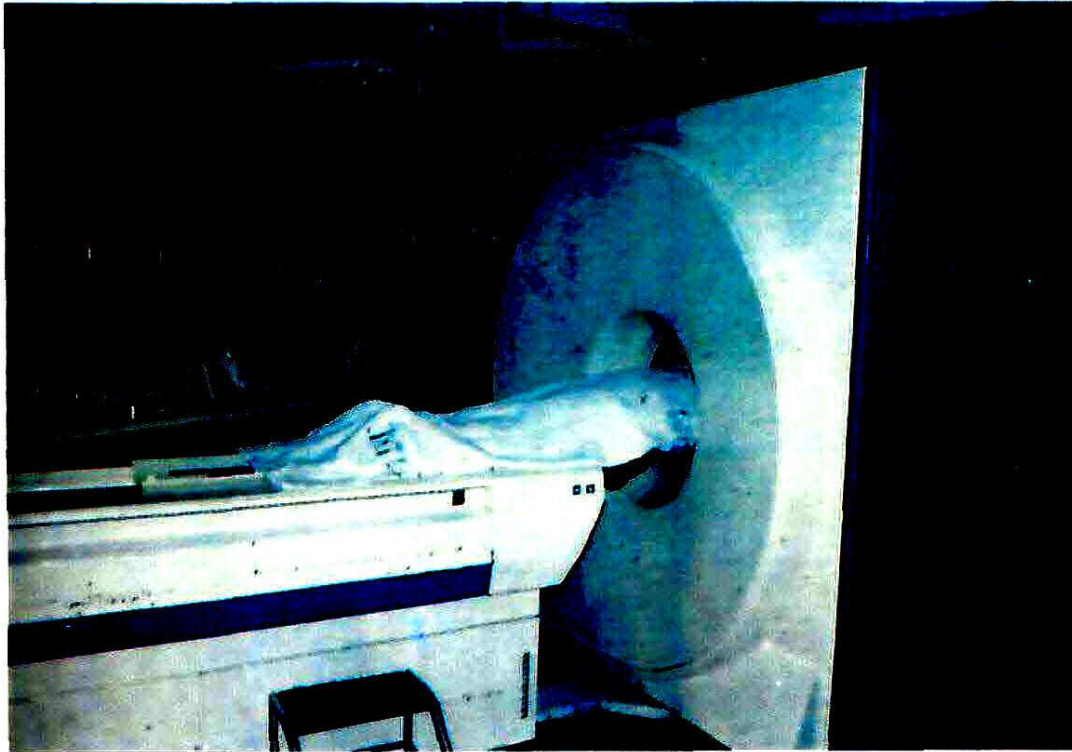
La medicina familiar y comunitaria

Este modelo se orienta no sólo al individuo como un sistema de órganos, sino a la consideración de la persona como un ser biopsicosocial, dentro del contexto de su familia y de su comunidad.

El equipo de salud permanentemente responsable del grupo familiar, llega a tener un conocimiento completo de sus pacientes, de sus características y de sus principales padecimientos, lo que le facilita orientarlos de la manera más adecuada.

La continuidad en la atención médica permite al equipo de salud prevenir oportunamente las enfermedades. El paciente es atendido en el momento que lo requiere y si es necesario se le visita en su casa, en su trabajo, o donde se encuentre.

El cuidado a la niñez merece atención prioritaria por parte del Sistema Nacional de Seguridad Social. Ello incluye la utilización de tecnología moderna en el cuidado de prematuros, como es la aplicación de la incubadora para apoyar el correcto desarrollo del recién nacido.



Otro equipo muy avanzado es el que permite la Tomografía Axial Computarizada (TAC), especialmente diseñado para la auscultación torácica.

Para el adecuado desarrollo del modelo el usuario debe cumplir una práctica educativa sobre el uso racional de los servicios médicos, los equipos y los medicamentos. El usuario debe saber cuándo llamar a su médico y conocer aspectos importantes sobre la atención primaria o autocuidado. Los integrantes del equipo de salud, por su parte, deben discutir diariamente los casos que atienden y el estado de los grupos familiares a su cuidado, lo cual permite que todos estén actualizados.

Es importante destacar que el Centro Nacional de Docencia e Investigación en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), entidad que coordinó la elaboración del proyecto, imparte un postgrado en medicina familiar y comunitaria, para capacitar adecuadamente al personal adscrito a este modelo de atención.

El Modelo de Medicina Familiar y Comunitaria se desarrolla con éxito en una moderna clínica ubicada en Coronado y en algunas zonas de la ciudad de Cartago. Próximamente se extenderá a otras comunidades.

El modelo de capitación.

Esta modalidad comprende un sistema de incentivos para el médico, acordes con el nivel de responsabilidad y el número de personas asignados y la calidad de la atención que brinda a sus pacientes.

En el modelo de capitación, la comunidad cumple un papel preponderante en la búsqueda de soluciones para los problemas de salud que le afectan a ella misma. Esta participación se hace efectiva por medio de las Juntas de Salud y Seguridad Social y de los Responsables de Salud.

En Barva de Heredia, primera comunidad en contar con este modelo, la población ha respondido positivamente en cuanto a participar en la solución de los problemas comunales. Los grupos de responsables de salud desarrollan una labor eficaz para detectar y prevenir enfermedades.

Estos grupos son capacitados en diferentes áreas de la promoción de la salud y en el tratamiento inicial de enfermedades comunes, de manera que prestan un cuidado básico en casos de patologías no muy severas y colaboran así con el equipo de salud.

Además de Barva, cinco clínicas pequeñas en el área de San José de Alajuela operan bajo este sistema.

El modelo cooperativo autogestionario

En la actualidad, este modelo se aplica en las clínicas de Pavas y de Tibás, y más recientemente en Guadalupe de Cartago. Esos servicios son administrados por Cooperativas Autogestionarias de Salud. Para

hacer esto posible, se han suscrito convenios entre el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y las Cooperativas, en que éstas se comprometen a *proporcionar atención a la comunidad bajo los postulados del nuevo modelo de atención ambulatoria.*

De acuerdo con los principios del cooperativismo autogestionario, esas agrupaciones son unidades productivas de bienes y servicios, en las que todos los trabajadores son asociados, y todos los socios deben ser trabajadores de la cooperativa.

El personal de las clínicas recibe ingresos económicos de acuerdo con el número de personas que atiende, de manera que, entre mejor atención presta, más pacientes solicitan sus servicios y obtiene así una mayor retribución, lo que constituye la esencia del concepto de "capitación". Además, al finalizar el año, todos los asociados a la cooperativa pueden obtener ingresos adicionales, al repartirse los excedentes de manera equitativa.

Estas clínicas siguen las normas y los objetivos de salud de todo el Sistema e igualmente conceden especial atención a los grupos más vulnerables, tanto por su condición social, como por su patología.

Dentro de estos modelos, la CCSS y el Ministerio de Salud se convierten en entidades controladoras y formuladoras de políticas de atención. Además, se integran Juntas de Salud compuestas por dos representantes de la Caja, dos del Ministerio y otros de las *Asociaciones de Desarrollo de la Comunidad*, quienes observan, evalúan y orientan las acciones que despliegan las cooperativas.

La participación comunal, fundamento esencial del modelo, se evidencia en la constitución de comités de salud con el apoyo de diversas asociaciones de desarrollo. Es así como en el caso de Pavas, en varias comunidades se está trabajando en la construcción de consultorios en que se instalarán los equipos de salud de la cooperativa. Este programa tiene como objetivos descongestionar la consulta en la Clínica y, sobre todo,



acercar los servicios de salud a los usuarios.

La cobertura nacional

La política de la CCSS se orienta a extender cualquiera de estos tres modelos en las diferentes unidades que existen en todo el país.

La organización de cooperativas de servicios, como iniciativa privada que es, no corresponde a las instituciones de salud, pero si éstas se constituyen, se contrata con ellas para ofrecer los servicios.

El modelo de Medicina Familiar y Comunitaria se impulsará en la mayor parte de los centros de atención posibles. Asimismo, se estimularía el Modelo de Capitación.

El Hospital Geriátrico "Dr. Raúl Blanco Cervantes", ha sido especialmente acondicionado y equipado para atender los problemas médicos y asistenciales de los usuarios de la tercera edad. El edificio perteneció anteriormente al hospital antituberculoso, pero cuando la enfermedad de Hansen fue erradicada, sus instalaciones se readecuaron para la atención de la población de más edad.



La rehabilitación es una etapa esencial en el tratamiento de los pacientes, especialmente quienes han sufrido traumatismos. El Centro Nacional de Rehabilitación "Humberto Araya Rojas". (CENARE) se ha especializado en este tipo de terapia.

Actualmente, existe el proyecto de crear una Cooperativa en la región de Los Santos, en Santa Ana, Aserri y Escazú.

La humanización de la medicina

Una vez ampliada la cobertura del Seguro de Enfermedad y Maternidad a toda la población y cuando se han emprendido las experiencias reseñadas, se ha iniciado sistemáticamente la humanización de los servicios.

Esta nueva orientación se da en el marco de un proceso de desconcentración que avanza rápidamente, porque según señala el Presidente Ejecutivo, Dr. Elías Jiménez:

"el pensamiento que se ha querido inculcar a las personas está orientado a que cada quien asuma su responsabilidad y para eso es importante que al individuo se le delegue autoridad; en este sentido los beneficios son evidentes y aquí está claramente la voluntad política que le hemos plasmado a la Institución".

El Presidente Ejecutivo de la CCSS resume de la siguiente manera los propósitos de la nueva etapa en el desarrollo institucional:

"El análisis del proceso de atención a los usuarios determina que lo más importante es la calidad del servicio y para eso es necesario que se mire al paciente como persona, no sólo en el acto médico, sino también durante todo el proceso administrativo".

Para el doctor Jiménez, el objetivo de la calidad en la prestación acarrea no sólo el beneficio humano tan importante, sino que además trae aparejado el ahorro y el aumento en los niveles de atención médica, con la consecuente satisfacción para los diferentes sectores institucionales.

IV

Cultura y Seguridad Social

1 ARTE Y SALUD

Las funciones esenciales de la Caja Costarricense de Seguridad Social incluyen todos los aspectos de la previsión social, los cuales tienen como finalidad última el bienestar espiritual, ingrediente indispensable para una vida saludable y plena.

En cumplimiento de esta función previsional, la CCSS se cuenta entre las instituciones estatales que poseen las colecciones de arte más valiosas del país.

Desde su fundación, la CCSS ha venido recolectando muchas de las expresiones más representativas del acervo artístico costarricense, con lo que, además de proteger su patrimonio, enaltece la presentación de sus instalaciones y servicios, proporciona satisfacción espiritual y fomenta la expresión del espíritu creativo.

Los pintores y los escultores costarricenses de mayor prestigio están representados en el patrimonio cultural de la CCSS, el cual conforma una colección de varios centenares de obras.

Algunos trabajos de autores como Francisco Zúñiga, Franciso Amighetti, Teodorico Quirós, Fausto Pacheco, Margarita Berteau y otros de parecido renombre, se exhiben en las diferentes dependencias de la Institución, con el fin de que los asegurados conozcan la obra de los artistas nacionales cuya fama trasciende las fronteras.

El mayor número de trabajos corresponde a la denominada "Generación Nacionalista". Los artistas de este movimiento tratan con detalle maestro las expresiones del paisaje costarricense.

El segundo gran tema en ese valioso acervo de arte es el retrato, tanto en pintura como en escultura.

La llamada "Etapa Académica" del arte costarricense

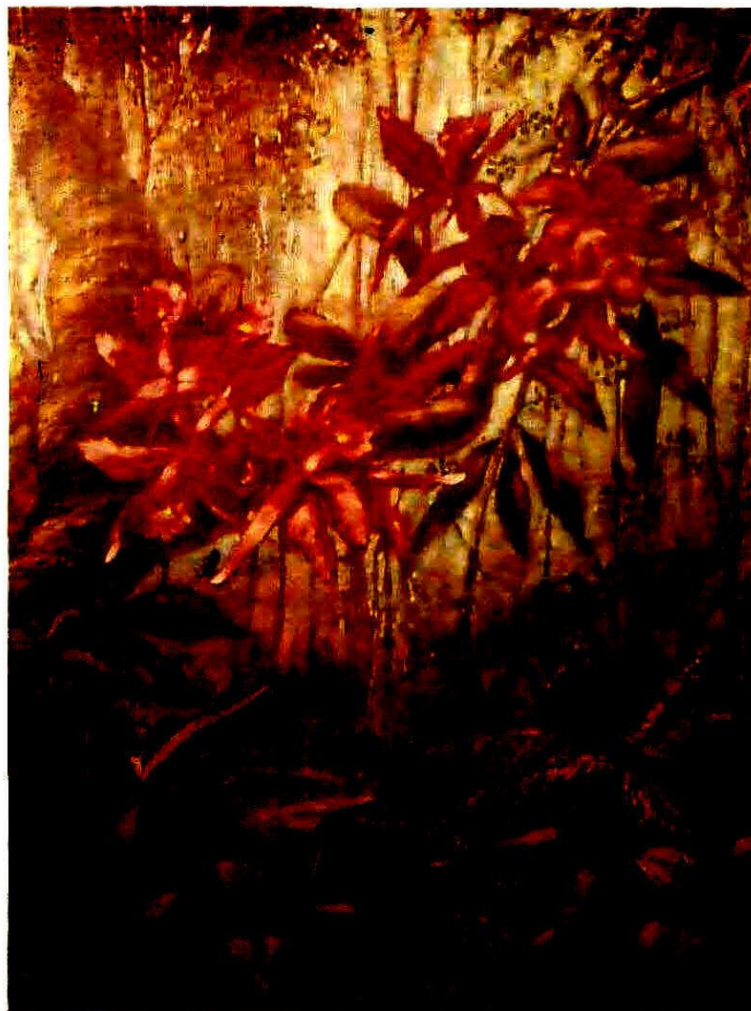
está también representada en la colección. A esta época pertenecen los pintores formados en escuelas europeas, entre quienes se cuenta a Enrique Echandi y a Emilio Span.

Los murales existentes en algunas de las clínicas y hospitales son parte importantísima de la colección. En ellos se representan temas populares alusivos a la salud y a las costumbres del pueblo costarricense. El mural "Alegoría del Café", pintado en el salón del

"Casa de campo". Obra del acuarelista de inspiración bucólica, Fausto Pacheco, pintor costarricense probablemente el más caracterizado en el género. La CCSS cuenta en su acervo una colección muy amplia de este reconocido artista.



"Guarias de mi tierra", un óleo sobre tela, debido a la creación de Enrique Echandi, pintor profesional costarricense dedicado al retrato y el paisaje.



Hospital de Heredia, es un ejemplo notable.

Algunas de las obras más importantes son las siguientes:

"MATERNIDAD"

Escultura en granito.
Autor: Francisco Zúñiga.

Es uno de los artistas más notables del movimiento denominado "Generación Nacionalista". La escultura en granito "Maternidad" es la pieza más importante de la etapa "Zúñiga Costa Rica". La obra pudo realizarse gracias a la ayuda del Círculo de Amigos del Arte, quienes por medio de donaciones hicieron posible que se comprara la piedra. En la actualidad, está ubicada en la Clínica Materno-Infantil Carit.

"RETRATO DEL DR. CLODOMIRO PICADO"

Oleo sobre tela.
Autor: Enrique Echandi.

Es el primer pintor profesional del país. Estudió artes plásticas en la especialidad del retrato, en Munich, Alemania. Aunque se distingue como retratista, sus paisajes son de gran belleza.

"ALEGORIA AL CAFE"

Mural al fresco.
Autor: Jorge Gallardo.

Se preocupa por representar en sus obras la temática religiosa y las costumbres del pueblo. En los cuadros de Gallardo, el color cobra mucha fuerza pues lo utiliza puro y en áreas planas completas, con lo cual, en su pintura se advierten contrastes muy marcados.

En el mural al fresco "Alegoría al café", se plasma la labor del campesino costarricense.

"PUENTE SOBRE EL RIO GRANDE"

Acuarela.
Autor: Fausto Pacheco.

Su obra es la más abundante en la colección artística del Seguro Social. Con los cuadros de Pacheco se dio a conocer el paisaje costarricense con su típica casa de adobe. Destacó en técnicas como la acuarela y el óleo.

"FUGA"

"CASA FRENTE AL MAR"
Oleo sobre tela.
Autor: Teodorico Quirós.

Es uno de los artistas más importantes de la "Generación Nacionalistas" y uno de los pintores más diestros de la plástica costarricense. En sus obras se preocupó por representar la arquitectura del campo y la ciudad. La figura humana no es importante para él, sólo la utiliza como una referencia dentro del paisaje.

"Fuga", es una de las obras más interesantes de Quirós, pues a partir de un planteamiento arquitectónico, el artista crea una de sus pocas pinturas abstractas.

"ATARDECER PLAYERO"

"RETRATO DE TEODORO H."

"RETRATO DE PRESTINARY"

Oleo sobre tela.

Autor: Emilio Span.

Fue un pintor alemán que realizó en Costa Rica parte importante de su obra. Se formó en la escuela de la academia europea, por lo cual la presencia del retrato es constante en su pintura. Admira y plasma en la tela el paisaje costarricense en general.

"MEDICINA RURAL"

Mural al fresco.

Autor: Francisco Amighetti.

Es uno de los artistas de más prestigio en el país. Principalmente se ha distinguido como grabador, sin embargo, destacó también en la pintura. En 1947 estudió en México la técnica del mural al fresco y después de ese año emprendió en Costa Rica, una intensa producción como muralista. De sus murales, aproximadamente la mitad pertenecen al Seguro Social. La temática presente en ellos, se refiere a la salud del pueblo costarricense.

"LA AGONIA"

Escultura.

Autor: Hernán González

Escultor costarricense que se distinguió a partir de los años 60. Formó parte del Grupo 8, cuyos integrantes marcaron la entrada de la abstracción y la no



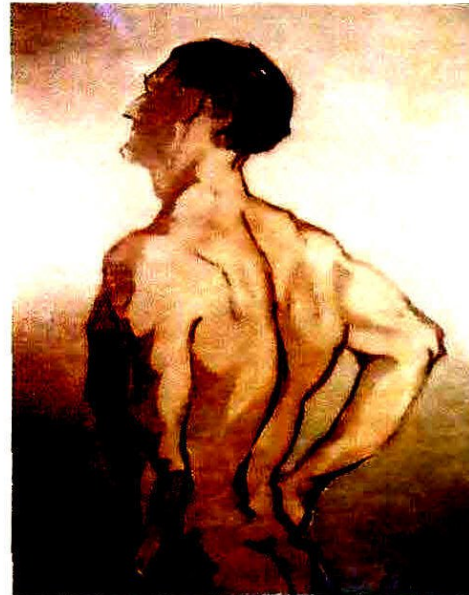
"La agonía", obra de Hernán González, escultor costarricense de los años sesenta, cuya obra fue pionera en el dominio de abstracción.

figuración en las artes plásticas costarricenses.

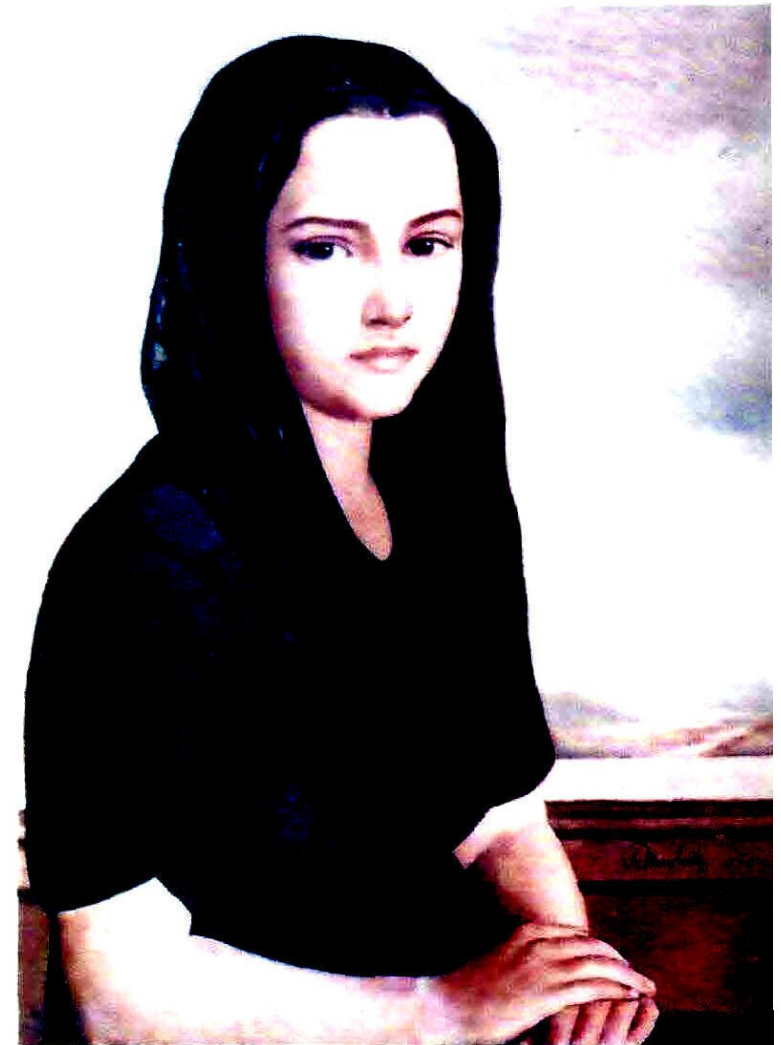
"La agonía" es una muestra clara de la forma en que el artista estiliza la figura humana.

"RETRATO DEL DR. MORENO CAÑAS"

Fue un pintor costumbrista nicaragüense que residió varios años en Costa Rica. La mayor parte de su producción se orientó hacia el paisajismo; sin embargo, pintó algunos retratos excelentes, entre los que destaca el inspirado en el Dr. Ricardo Moreno Cañas, médico que en los años cuarenta destacó por su preocupación por la salud de los menos favorecidos.



"Torso desnudo" ...
"Retrato de Mujer" ...



2 ARQUITECTURA Y SEGURIDAD SOCIAL

Con el propósito esencial de crear el albergue de la Medicina Social, la Dirección de Ingeniería y Arquitectura de la Caja Costarricense de Seguro Social ha venido laborando coordinadamente con la progresiva evolución de la Seguridad Social en Costa Rica.

Desde hace 30 años, la CCSS asumió la construcción de las edificaciones destinadas a los servicios médicos o administrativos, en el entendido de que es la Institución la mejor conocedora de las necesidades y de las capacidades reales de la Seguridad Social.

Diversidad de expectativas

Tanto en la capital como en lejanos lugares del interior del país, el personal de la Dirección de Ingeniería y Arquitectura ha trabajado en diseñar y construir las instalaciones de la Seguridad Social, sea una clínica, un hospital, o una planta administrativa.

La arquitectura debe basarse en el propósito general de servir al hombre; pero, en la arquitectura de la Seguridad Social, este concepto debe realizarse atendiendo además a principios humanitarios y de solidaridad.

La Arquitectura de la Seguridad Social debe dar respuesta a una gran variedad de requerimientos que provienen tanto del paciente que recibe la atención, como del médico que presta sus servicios, y del administrativo que organiza los recursos.

Se trata de formular una síntesis que conjugue esa variedad de expectativas y requerimientos, en una respuesta que sea funcional, cómoda y además, agradable.

Debe ser una arquitectura que trascienda la necesidad física y tome en cuenta las necesidades espirituales de quienes diariamente tienen que visitar los dispensarios, las clínicas o los hospitales, sea en busca de la salud perdida, sea para ofrecer sus servicios.

Se trata de que el usuario, tanto de la ciudad como del campo, encuentre los medios restauradores de la salud y la satisfacción que le ayude espiritualmente a la convalecencia.

Arquitectura y salud en todas partes

La Arquitectura de la Seguridad Social se ha hecho presente en todas partes. Se ha enfrentado a problemas similares en condiciones disímiles: desde los climas cálidos hasta los lugares donde la fuerza del viento es un factor determinante del diseño.

La arquitectura debe afrontar situaciones diversas y solucionar problemas concretos, relacionando características climatológicas con requerimientos técnicos e incluso con antecedentes culturales.

La técnica médica evoluciona constantemente y en los últimos años lo hace con mayor rapidez. Los diseños arquitectónicos han tenido que ir adecuándose al proceso evolutivo de la ciencia y de la tecnología médicas.

Una clínica de hoy tiene poca similitud con otra de hace 15 años. Aquellos espacios oscuros y sin aire se han ido convirtiendo en espacios agradables, llenos de luz y bien ventilados, que son lugares adecuados para iniciar el proceso curativo.

La arquitectura proporciona espacios agradables, los cuales son elementos importantes que al conjugarse con el esfuerzo tecnológico de la medicina, aumentan la eficacia del sistema de salud.



La Clínica de Abangares establecida en la ciudad de las Juntas, provincia de Guanacaste, proporciona servicios a la población de una extensa zona dedicada a la ganadería, la agricultura y la minería, pues en esa región se ubican minas que fueron proverbialmente ricas y que aún explotan compañías nacionales y extranjeras.

Diversidad de demandas

La arquitectura tiene presente a aquéllos que laboran encerrados en un quirófano o en un laboratorio, y aquéllos que mantienen limpios los espacios, o dan mantenimiento a servicios como la energía eléctrica y el agua.

Ahí están los edificios de Veintisiete de Abril y Sixaola, los Chiles y Coronado, la Cuesta y Pavas; el Hospital México, el de Tibás y el Calderón Guardia, como ejemplos concretos de la misión encomendada a los servicios de arquitectura e ingeniería de la CCSS.

Unos 600 mil metros cuadrados construidos, que significan cientos de miles de millones de inversión, al servicio de la salud y el bienestar de los asegurados.

La democracia no puede aceptar costarricenses de diferentes categorías; por ello, el trabajo se lleva a todos los puntos del país, para que el usuario de Guatuso tenga las mismas comodidades del usuario de San José.

Nuevos conceptos

En la etapa más reciente, ante la magnitud de las necesidades y el ritmo más acelerado en que crecen éstas, se ha vuelto indispensable la adopción de criterios más rigurosos en cuanto al aprovechamiento de los recursos, sin descuidar, por supuesto, los aspectos estéticos.

Una nueva concepción de arquitectura funcional se abre paso, con el objeto de optimizar el rendimiento de los recursos y dar servicios eficientes y pronto, en una nueva concepción de la medicina más humana y personal.



El edificio central de la CCSS se ha convertido en símbolo de la Seguridad Social, y ésta, en pilar fundamental de la producción económica y del bienestar colectivo. Medio siglo de ininterrumpida labor de la CCSS le han proporcionado a Costa Rica, índices de salud que son comparables con los alcanzados por países muy ricos.

Las modernas instalaciones del Hospital "Escalante Pradilla", de Pérez Zeledón. Cuando en los años sesenta se aumentaron los toques de cotización, es decir, el monto de los salarios cotizantes aumentó notablemente el contingente de usuarios y los centros de atención médica tuvieron que empezar a desconcentrarse de las capitales de provincias.



V

Proyección y Políticas

1 LA PREVENCIÓN: ARMA CONTRA LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

A partir de los años setenta, la Seguridad Social tuvo que reorientar sus políticas de atención, debido al cambio observado en el cuadro de enfermedades más frecuentes.

Las orientaciones adoptadas desde entonces buscan, en lo fundamental, mayor eficiencia de los servicios, más satisfacción de las comunidades, uso racional de los recursos y la planificación del desarrollo de los servicios, dirigidos hacia el cumplimiento de los principios de universalidad, solidaridad y equidad.

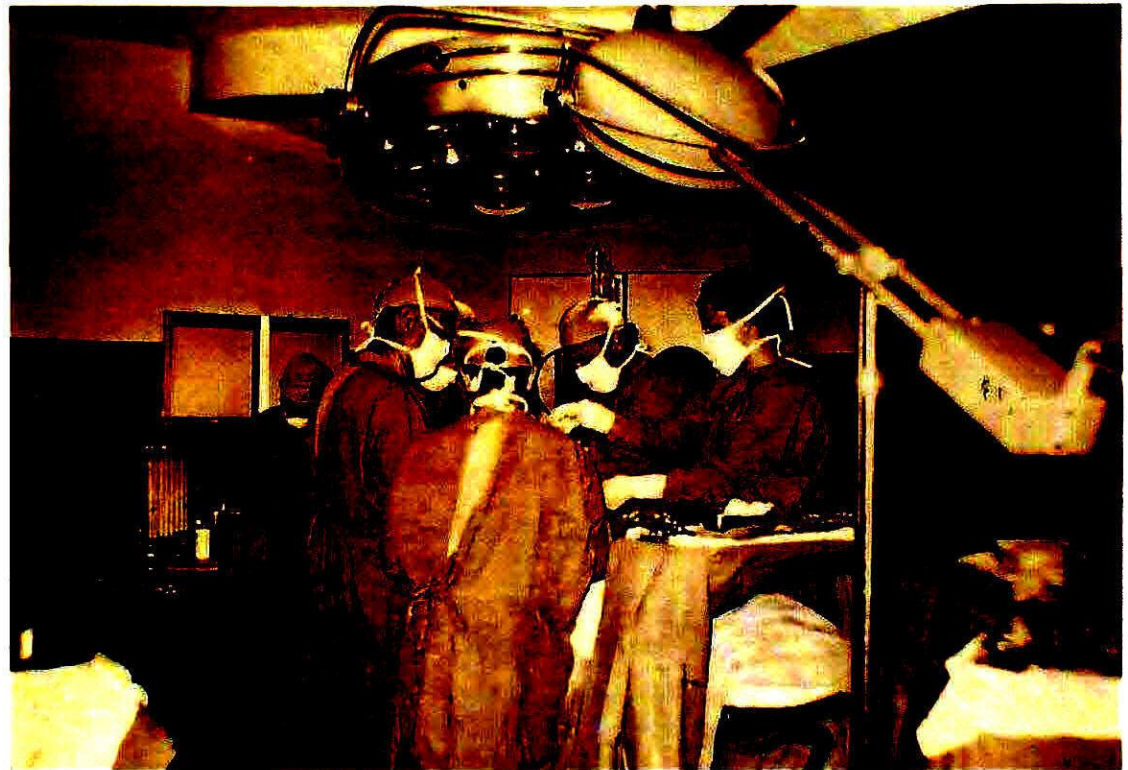
Consecuentemente con esos principios, la prevención de las enfermedades crónicas pasó a ocupar lugar prioritario. Se procura prevenir las principales patologías y proteger a los grupos considerados en mayor riesgo.

Actualmente, las tres principales causas de muerte en Costa Rica son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes, por lo que las entidades rectoras de las políticas de salud han fijado como prioritarias esas áreas y han establecido numerosos programas para contrarrestar esas patologías fatales.

Las enfermedades cardiovasculares

Según las estadísticas, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en Costa Rica. Esa patología está ligada a diversos factores de riesgo, entre los que se mencionan el fumado, el consumo de grasas, el exceso de colesterol y la hipertensión arterial.

El consumo de cigarrillos normalmente se le asocia,



además, con otros trastornos de la salud, como el cáncer, las enfermedades respiratorias y los trastornos inmunológicos.

La política institucional procura reducir el número de fumadores, para lo cual realiza campañas en los medios de comunicación. Gran parte de esas campañas se dirige a niños y jóvenes, a quienes se trata de educar en los problemas que derivan del fumado. También, mediante charlas con apoyo de material didáctico ilustrado, se trabaja para concientizar a los fumadores acerca de los riesgos que corren.

Se sabe que el consumo de grasas saturadas y colesterol produce efectos nocivos sobre el organismo, hecho a partir del cual se efectuaron investigaciones

Ya en 1939, el eminente cardiólogo nacional Dr. Ricardo Moreno Cañas, lo el prodigio médico de operar un paciente extrayéndole corazón para reimplantar una vez suturado. Cincuenta y dos años después, en 1991, los médicos costarricenses lograron un completo trasplante de corazón.



En 1991, un experimentado equipo de médicos nacionales, encabezados por el Dr. Longino Soto Pacheco, efectuó exitosamente el primer trasplante de corazón al trabajador campesino señor Juan Rueda, como muestra del alto nivel profesional y técnico alcanzado por la medicina de la Seguridad Social.

conjuntas, por la Sección de Nutrición de la CCSS, la Universidad de Costa Rica y el Instituto de Investigaciones Sociales, para estudiar los hábitos alimenticios de la población y precisar los alimentos con alto contenido de grasas y colesterol que incluyen en su dieta.

Con los resultados de esas investigaciones se procedió a coordinar con las empresas productoras de manteca vegetal, para que adicionaran a ésta ciertas proporciones de aceites no saturados, en especial aceite de soya en un 25 por ciento, para lograr un balance no dañino en las grasas consumidas por la población.

Paralelamente se han confeccionado una serie de mensajes educativos, que se transmiten a través de los medios de comunicación, con el propósito de informar a la gente acerca de los problemas que puede causarle un elevado consumo de grasas.

En cuanto a la hipertensión arterial, se han realizado varias campañas sobre la conveniencia de asistir periódicamente a control y de seguir las indicaciones médicas en caso de sufrir alteraciones.

Asimismo, se han creado en todo el país clínicas para hipertensos, en las cuales se informa a los pacientes sobre su patología, los cuidados necesarios y la alimentación adecuada.

El cáncer de útero y de mamas

Hasta ahora, pese a los esfuerzos institucionales, sólo la cuarta parte de las mujeres expuestas a esta enfermedad ha recibido atención ginecológica. Sin embargo, la meta a alcanzar en el año 2000 es atender al menos el 80 por ciento de esa población amenazada.

El Seguro Social, el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Cáncer han formulado catálogos de procedimientos y normas de coordinación que facilitan la detección precoz de dicho mal, lo que propicia una mayor cobertura.

Las campañas preventivas y educativas se dirigen principalmente a las mujeres mayores de 40 años que no acuden a consulta prenatal, ni de planificación familiar, servicios estos en que normalmente se les practica exámenes de detección.

El autoexamen de mama y el examen físico realizado por un profesional, además de los mensajes transmitidos a través de los medios de comunicación, constituyen la metodología seguida para propiciar un adecuado control de esa enfermedad.

Los accidentes

Las muertes violentas figuran como la tercer causa fatal en Costa Rica.

La tasa de accidentes como causa de mortalidad muestra en los últimos años un ascenso muy pronun-

ciado. Los datos del Instituto Nacional de Seguros indican que en 1980 se produjeron 49 accidentes por cada mil asegurados, mientras que en 1987 esa proporción ascendió a 114, y en 1988, a 243.

El mayor crecimiento en el número de accidentes se reporta en la agricultura, la caza y la pesca.

Se estima que esta incidencia podrá disminuirse mediante la adopción de políticas apropiadas, en las que se ha venido trabajando. Por el momento, la prevención se basa en campañas educativas a través de los medios de comunicación.

El programa materno

Este programa se dirige a proteger el proceso de reproducción y a garantizar biológicamente la calidad de la población del futuro. Incluye la protección a la mujer y al niño.

El control prenatal aún no satisface todas las expectativas de las políticas nacionales de salud. Aunque 91 de cada cien mujeres embarazadas se sujetó a algún tipo de control, pocas completaron las ocho consultas prescritas para el embarazo de bajo riesgo. Tampoco en los embarazos de alto riesgo se completó la prescripción de diez consultas.

Asimismo, el control postnatal es otro aspecto que se considera débil dentro de las políticas del Seguro Social. Se estima que la mujer debe asistir al médico por lo menos a los ocho y a los 30 días después del parto, para asegurar que su aparato reproductor vuelva a la normalidad. Las estadísticas indican que sólo 22 de cada cien mujeres acuden a la consulta postnatal.

También en este programa se considera que los medios de comunicación de masas son importante instrumento para lograr una mejora en los índices actuales.

Además, en el campo de la protección del niño con



De acuerdo con las mejores experiencias, los servicios materno infantiles se preocupan de favorecer el lactancia materna, como mejor y más eficiente método de alimentación recién nacido.

infecciones respiratorias y diarreas, y para una adecuada utilización de las vacunas, se desarrolla una intensa campaña en los medios de comunicación.

En esa forma se pretenden disminuir los índices de mortalidad infantil que, como se dijo antes, ya sobrepasaron las metas fijadas para el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud.

El desarrollo social y económico del país, lo mismo que la elevación de los índices de salud, han determinado el surgimiento de nuevas problemáticas y nuevos enfoques sanitarios. Una de esas nuevas problemáticas la presentan los adolescentes, sujetos a la amenaza de agentes externos que atentan contra su formación y desarrollo plenos. La CCSS ha emprendido el tratamiento sistemático de este tipo de problemas.



Garantizar, en la medida posible, a los costarricenses la concepción en el momento que lo desee, forma parte del programa de planificación familiar que impulsan tanto el Seguro Social como el Ministerio de Salud.

El programa de adolescentes

La población adolescente ascendió en 1990 a 572 mil jóvenes y para el año 2000 será, aproximadamente, de 760 mil.

Actualmente se desarrolla un programa nacional orientado a la educación de esos jóvenes, en áreas como la sexualidad, el uso de drogas y la evasión de riesgos peligrosos. Su objetivo es orientar y educar al adolescente para garantizarle un desarrollo somático y psíquico que le permita permanecer en la sociedad en las mejores condiciones posibles.*

Otros programas, como el de atención al anciano, el de salud ocupacional y el de medicina del deporte, figuran dentro de las políticas institucionales.

Las metas están definidas, la seguridad social costarricense se enfrenta al desafío de alcanzarlas mediante las políticas establecidas.

2 EL RÉGIMEN DE LAS PENSIONES

El Régimen de Pensiones proporciona un ejemplo que ilustra la forma en que la Caja Costarricense de Seguro Social se anticipa a los problemas futuros y adopta acciones de previsión para asegurar el disfrute de sus derechos a todos los cotizantes.

El Régimen de Pensiones de la CCSS, generalmente denominado Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), ofrece pensiones por invalidez, vejez, orfandad y viudez. Comprende también el Régimen no contributivo de pensiones por monto básico, cuyas características se describieron en el Capítulo 1.2.

Como se dijo, el derecho a la pensión por vejez se adquiere al cumplir 60 años de edad las mujeres y 62 años los hombres.

Los límites mínimos se modificaron a fines de 1990, con el objeto de garantizar el financiamiento del régimen, pues las edades que regían antes (55 años para las mujeres y 57 para los hombres), se habían fijado cuando la expectativa de vida al nacer escasamente superaba los 60 años, en tanto que actualmente esa expectativa ha aumentado en más de 15 años, lo que significa que el período de disfrute de la pensión se ha prolongado sensiblemente y ello amenazaba con desfinanciar todo el sistema, de manera que a corto plazo, podría haber hecho imposible pagar las pensiones.

Con las modificaciones introducidas, se puede asegurar que las personas que hoy cotizan en ese régimen, dispondrán de una pensión puntual, cuando les llegue el tiempo de retirarse del trabajo.

Es importante señalar que, cuando se propuso la modificación en la edad mínima de retiro, algunos sectores, principalmente laborales, expresaron dudas, objeciones y hasta oposición; pero, en el curso del debate público que debió celebrarse alrededor del



problema, todos llegaron a comprender la necesidad de la medida.

Financiamiento

Este régimen se financia mediante una cuota combinada de 7,5 por ciento sobre los salarios cotizados, la cual se distribuye de la siguiente manera:

PATRONO:	4,75 por ciento
TRABAJADOR:	2,50 por ciento
ESTADO:	0,25 por ciento

Los datos más recientes y sus proyecciones mostraban que el costo anual de ese seguro estaba aumentando muy rápidamente, de manera que en 1989 había representado el 7 por ciento de todos los salarios, que

La prolongación de la expectativa de vida y la eficacia de los servicios médicos y asistenciales ha determinado la formación cada vez más amplios grupos de población de la tercera edad. La asistencia de la Seguridad Social se preocupa por mantener en condiciones productivas a estas personas, tanto por salud física y mental, como por la utilidad social de su experiencia.

antes de terminar este siglo llegaría a un nivel cercano al 11 por ciento, y que en el 2005 superaría el 12 por ciento de los salarios.

Con base en esas estimaciones se emprendió el estudio de las posibles soluciones a la situación financiera del IVM, única manera de garantizar a todos los cotizantes el disfrute de la pensión y, más importante aún, asegurar la sobrevivencia del sistema.

Por lo demás, el problema es consustancial al sistema y, por tanto, perfectamente previsible y fácilmente explicable. Debido a la calidad de los servicios médicos que ofrecen el Ministerio de Salud y la CCSS, la expectativa de vida ha subido vertiginosamente, en tanto que las edades mínimas para jubilación permanecían fijas e inclusive fueron reducidas.

Esto evidenció que, para mejorar la situación económica de ese seguro y garantizar que las pensiones no dejarán de pagarse ni se pagarán parcialmente, se imponía la necesidad de aumentar las edades de retiro.

Necesidad del cambio

En las condiciones anteriores a la reforma, el monto de las pensiones que se otorgaban fluctuaba alrededor del 85 por ciento del salario promedio, nivel que se considera razonable. Pero las proyecciones mostraron que el nivel de las pensiones estaba creciendo en forma más rápida que los salarios, y las proyecciones para el año 2000 mostraban que las pensiones iban a sobrepasar el salario más alto devengado por el cotizante, lo cual no es soportable para un sistema que debe financiarse con sus mismos recursos.

Las anteriores proyecciones mostraron la necesidad de restringir el nivel de incremento de las pensiones, para que no aumenten más rápidamente que los salarios, ni puedan así desfinanciar al sistema.

Proyección

Con el tiempo, la función aseguradora de la CCSS se ha desarrollado tanto que dicha institución se percibe como el ente central de protección para todos los trabajadores del país, lo cual seguramente permitirá aumentar los montos de las pensiones, aunque no su ritmo de crecimiento.

Los estudios actuariales muestran que la elevación de las pensiones a montos más cercanos a los salarios percibidos por los trabajadores, podrá costearse dentro del presente esquema de financiamiento, ya que su efecto permanecerá dentro de límites financieramente controlados.

En resumen, el sistema de pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social, al presente, se encuentra en una condición financiera satisfactoria. Gracias a los ajustes recientes, se prevé que permanecerá solvente en el grado adecuado para asegurar el disfrute de una pensión decorosa a todos los afiliados, cuando llegue el momento del retiro.

3 CAPACITACION Y SALUD

El Seguro Social y la capacitación

Cuando se creó la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, se planteó la necesidad de que la enseñanza práctica del alumnado se hiciera paralelamente en las salas de los hospitales San Juan de Dios y Central, este último posteriormente llamado "Dr. Rafael Angel Calderón Guardia". La solicitud se hizo especialmente para los cursos clínicos sobre Cirugía, Medicina, Gineco-obstetricia y Pediatría.

Por muchos años, los alumnos de medicina recibieron capacitación sólo en el Hospital San Juan de Dios. Pero en 1966 se logró que el Hospital Central también se convirtiera en un centro de adiestramiento y estudio.

A partir de ese momento, otras áreas de enseñanza se abrieron a la Seguridad Social. Surgieron la Escuela de Odontología y la de Enfermería; esta última, asumió también cursos para la formación de auxiliares de enfermería.

Cuando en 1969 el Hospital México inició sus funciones, de inmediato fue invadido por los estudiantes; pero ello representó un problema serio, porque originalmente carecía de instalaciones destinadas a la capacitación.

Sin embargo, la Junta Directiva de la Institución respondió favorablemente a la demanda y dispuso que en cada uno de los pisos del Hospital México se acondicionaran salones para la docencia.

Al mismo tiempo, la Junta Directiva acordó la edificación de un local anexo que estaría situado detrás del Hospital México. En ese entonces, la nueva planta física fue ocupada por la biblioteca y por las residencias médicas, y se destinó un auditorio para la enseñanza.



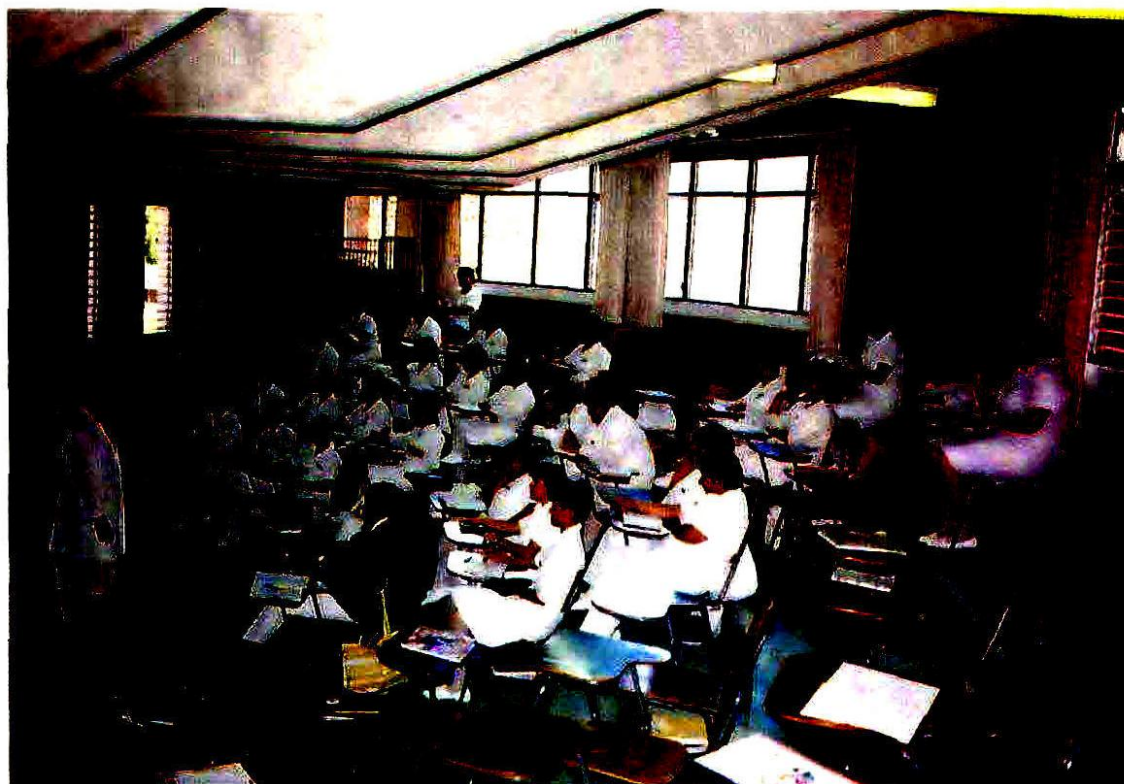
Estas facilidades aumentaron considerablemente el número de alumnos dentro del Hospital, lo cual generó otro tipo de problemas en el servicio asistencial.

Nacimiento del CENDEISSS

Esa situación, que en términos generales era la consecuencia de una demanda creciente por los estudios en las disciplinas propias de la salud, cristalizó en la iniciativa de crear una institución especializada en la docencia, que permitiera un adecuado adiestramiento sin causar problemas a la atención de los pacientes.

Las nuevas instalaciones debían contar con oficinas administrativas, cuyo personal estaría a cargo del

El Centro Nacional de Estudio e Investigación en Salud y Seguro Social (CENDEISSS) es la institución de la CCSS que mantiene mediante convenios e cooperación con la Universidad de Costa Rica y otras instituciones un peso decisivo para enfrentar necesidades de recursos humanos debidamente capacitados, en número siempre creciente y a pesar de la grave crisis por la que atraviesa la economía nacional. CENDEISSS proporciona forma a médicos, enfermeras y técnicos especialidades de salud, según demandan los servicios de la Seguridad Social en el país, pero además administra y mantiene amplios programas de becas para el extranjero, cuando ello es indispensable para formar el personal requerido.



La actividad educativa y formativa del CENDEISSS es permanente y creciente, porque la demanda de servicios de salud aumenta con la población, la cual se incrementa también al reducirse los índices de mortalidad infantil y prolongarse la esperanza de vida.

control de los estudiantes, de la programación de los cursos, de los impresos y, en general, de todas las necesidades académicas.

De esta manera nació el Centro Nacional de Docencia e Investigación en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS).

Desarrollo

El Centro de Docencia ha cumplido, desde su fundación, con las actividades académicas que se le encomendaron: incluso ha ampliado el ámbito de sus acciones. Firmó un convenio con la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, para responsabilizarse de la preparación de los especialistas en las

distintas áreas de la carrera.

En la actualidad, el Centro de Docencia se encarga, por delegación convenida con la Universidad, de la formación de 34 especialidades médicas diferentes. Además, supervisa la formación del personal de enfermería, atiende algunas actividades de pre y posgrado en Microbiología y Farmacia y desarrolla todas las jornadas académicas no sólo del área médica, sino también de los sectores administrativo y financiero.

Tal ha sido la magnitud del trabajo del CENDEISSS que, en 1988 se volvió ineludible la necesidad de ampliar la planta física.

En el ámbito internacional, las tareas que desarrolla el Centro de Docencia gozan de prestigio. Por ejemplo, recientemente se firmó un convenio con la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social, para emprender un proyecto en el cual el CENDEISSS se desempeña como centro de adiestramiento para Centro América y el Caribe. Tal actividad redundará en beneficio del país, por cuanto permitirá ampliar la capacidad docente del Centro y hará posible la programación permanente de cursos en todas las áreas específicas del adiestramiento.

Logros

Son muchos los logros que se han obtenido gracias a la participación del CENDEISSS en las actividades académicas institucionales. Debe destacarse el hecho que por su medio, el Seguro Social logra capacitar sus propios recursos humanos. En ningún otro centro se estudia la filosofía institucional, ni se capacita al personal en las funciones propias de la Seguridad Social.

La actividad docente en las aulas del CENDEISSS representa para la Caja Costarricense de Seguro Social, no sólo una inversión muy útil, sino también la satisfacción de una necesidad esencial y la solución de un problema crucial. El costo del adiestramiento fuera del

país ha subido en forma extraordinaria y a la Institución se le hace prácticamente imposible capacitar en el exterior los recursos humanos que necesita. Los interesados tampoco podrían sufragar los gastos que representa el viaje y las cuotas de escolaridad en el extranjero.

Además, las oportunidades de estudio en centros internacionales de prestigio son cada vez más escasas. Pero, gracias al CENDEISSS, a la interrelación y a la firma de convenios con otras universidades, ha sido posible obtener cupos en institutos médicos extranjeros de prestigio, para adiestramientos cortos y para cursos de refrescamiento.

Nuevos retos

A la fecha, el Centro de Docencia ha cumplido satisfactoriamente con sus funciones en el campo de la capacitación y de la investigación. Sin embargo, en la actualidad se empiezan a sentir algunas limitaciones, pues el Centro parece no tener todos los recursos para impartir las nuevas especialidades que han surgido con el desarrollo de la medicina del presente.

No obstante, las autoridades institucionales se han manifestado dispuestas a lograr que a corto plazo, el Centro de Docencia pueda abrir los estudios en especialidades propias del campo clínico, en el cual se manifiestan más urgentes demandas.

Además, en estrecha relación con el Centro de Docencia, la Escuela de Medicina abrió recientemente un programa de adiestramiento para formar especialistas en Salud Pública. Y dentro del mismo nivel, el CENDEISSS planea la formación de epidemiólogos y economistas en salud.

En la Escuela de Medicina, el estudiante únicamente recibe adiestramiento y enseñanza académica. La práctica la adquiere una vez que se gradúa, y es el Centro de Docencia el encargado de adaptar al médico



a su práctica profesional de todos los días.

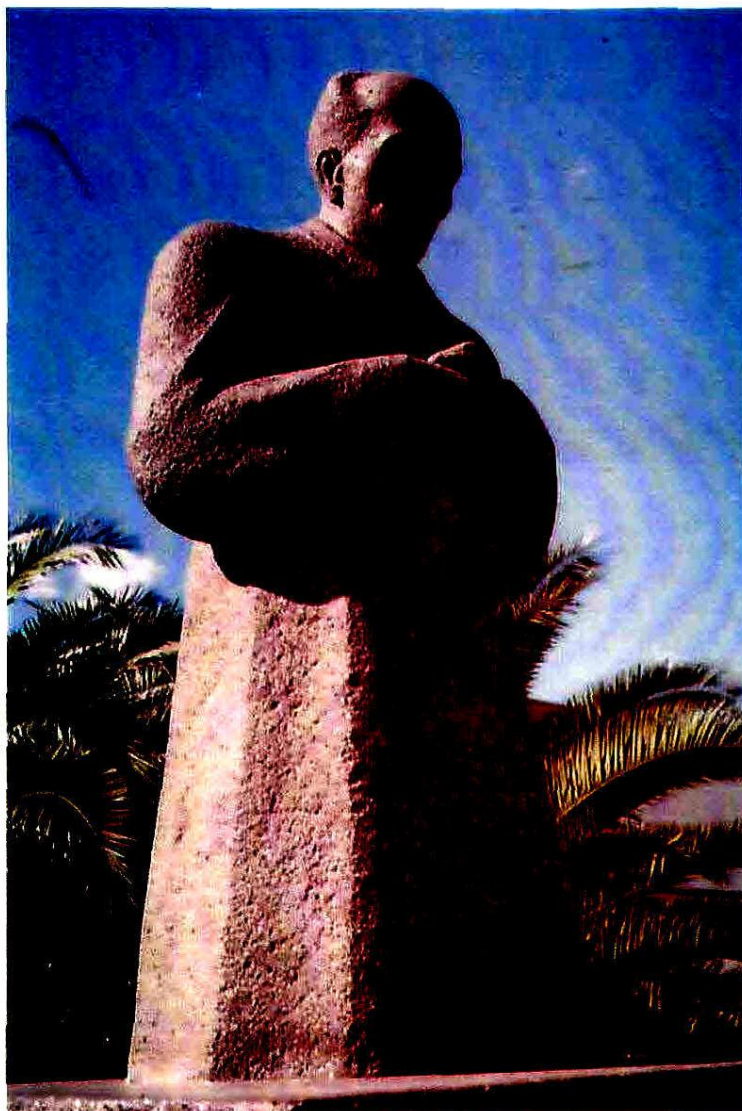
Proyecciones

Las proyecciones del Centro de Docencia son útiles e importantes. Seguirá creciendo y relacionándose no sólo con la Escuela de Medicina, sino con otros sectores de la enseñanza, para la formación de los recursos humanos que requiere el sector salud.

El CENDEISSS ha dejado de ser la simple institución administrativa que seguía las orientaciones establecidas por las universidades. Ahora tiene criterios propios para orientar la educación. En ese sentido, se hace necesario que esa dependencia enfatice y forme con mayor solidez sus recursos dentro del concepto de la

La formación y la capacitación de enfermera es un rubro muy importante en la actividad del CENDEISSS, aunque la demanda que presentan los servicios en constante expansión, haya hecho que la CCSS tenga que celebrar convenios con instituciones de otros países, para incorporar enfermeras extranjeras a los servicios nacionales.

Estatua Dr. Clodomiro Picado, que ocupa lugar dominante a la entrada de la clínica que lleva el mismo nombre, ubicada en Cinco Esquinas de Tibás, zona metropolitana. El Dr. Picado fue un destacado científico que efectuó notables descubrimientos en varios campos, en especial en lo referente a sueros antiofídicos.



Seguridad Social. Ello con el fin de que sus funcionarios entiendan, participen y se comprometan con el desarrollo de los programas institucionales.

Con este objetivo, recientemente el CENDEISSS emprendió el programa de formación de un profesional denominado "médico de familia", diferente del que se capacita en la actualidad.

Hasta ahora la orientación general de la educación ha sido la formación de especialistas para atender las enfermedades. En el futuro, el médico de familia, además de tratar las patologías, tendrá la función de promover y desarrollar la salud. El profesional organizará y orientará a la comunidad hacia la generación de un mayor grado de bienestar. Deberá analizar y comprender los problemas de la comunidad y participar activamente en su solución.

El médico de familia se transforma así en el objetivo académico más importante de la institución. Complementariamente se orientará, en el mismo sentido, a la formación de los recursos humanos de apoyo.

El CENDEISSS, además de su responsabilidad primordial, cual es la capacitación, continuará coordinando las investigaciones que se desarrollan en los diferentes centros institucionales.

Los proyectos para investigación son inscritos y supervisados por la Subdirección de Investigación, con el objeto de que se lleve un control de las áreas específicas que se están investigando, tanto en pacientes como en los centros clínicos. De esa manera, podrán coordinarse las actividades para asumir la responsabilidad de los hallazgos y de las publicaciones que posteriormente se hagan.

4 PERSPECTIVAS INSTITUCIONALES

Con ocasión de haber asumido una nueva Administración, en mayo de 1990, también el Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social debió reorientar algunos de sus programas y fijarse nuevas metas. Sin embargo, en lo esencial los principios fundamentales de la Seguridad Social y los grandes objetivos de desarrollo adoptados desde el nacimiento de la CCSS, se mantienen y se amplían.

I.- Los principios del Seguro Social

En las nuevas formulaciones programáticas se destaca la vigencia de los principios que dieron origen a la Institución, conscientes de que el Seguro Social es la organización por medio de la cual la sociedad otorga una protección adecuada, digna y eficiente a los trabajadores, que busca solidariamente cubrir los riesgos derivados de la enfermedad, la maternidad, la invalidez, la vejez y la muerte.

Esos principios básicos y originales, que guían a la institución son los siguientes:

SOLIDARIDAD: Por cuanto todos estamos expuestos al acaecimiento de riesgos, todos debemos contribuir para afrontar las consecuencias.

OBLIGATORIEDAD: La cual es necesaria para mantener la unidad en los riesgos y distribuir el costo de la cobertura económica.

UNIDAD: Por el derecho de protección debe ser único y general para preservarles la salud.

UNIVERSALIDAD: El cual debe proteger a todos los trabajadores y sus familiares, en todo el territorio nacional.

IGUALDAD: Que significa protección para todos los trabajadores y sus dependientes sin distinción de ninguna naturaleza.



II.- Lineamientos del Plan Nacional

En materias directamente relacionadas con la salud, el Plan Nacional de Desarrollo adoptado para el período 1990-1994, define lo siguiente:

1.- La política social del Gobierno reafirma y acentúa los objetivos históricos de la sociedad costarricense, orientándose a lograr el bienestar de su población con igualdad de oportunidades y asegurando a cada individuo bienes de interés social como la seguridad en términos de economía, salud y educación. Con este fin, se debe hacer énfasis en las acciones que tiendan a reducir las desigualdades geográficas y de grupos sociales con relación al acceso a los servicios de salud y satisfacción de sus necesidades básicas (alimentación, vivienda, educación).

Diversos tipos de sueros, en grandes cantidades, son requeridos por el Sistema de Seguridad Social, para la atención médica y el tratamiento quirúrgico de numerosas enfermedades. Ellos son producidos en el Laboratorio de Parenterales de la CCSS, situado en San Antonio de Ojo de Agua, en la periferia de San José.



El control de calidad en la producción de parenterales se caracteriza por su rigurosidad, debido a las consecuencias que de otra manera, podrían representar grave peligro a los usuarios.

2.- Es responsabilidad del Gobierno ofrecer a cada costarricense un medio sano y apto para el desarrollo armónico y socialmente productivo. Con este fin, se debe ejercer una efectiva vigilancia sobre los factores que afectan a la salud y poder actuar sobre éstos oportunamente y en los niveles adecuados.

3.- El sector salud y sus instituciones deben modernizarse y desarrollarse bajo los principios de integración, descentralización y democratización, para que asuman su rol de eficiencia y sin duplicaciones.

4.- Dentro de este proceso, la ampliación de la participación social en salud mediante el desarrollo local de nuestras instituciones, tiene un indudable valor. Se debe fortalecer la planificación y programación a ese nivel, incluyendo el diagnóstico y otorgando

prioridades a la problemática de salud, aumentando de esta manera su capacidad resolutoria para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

5.- Se debe fomentar y promocionar la investigación y el desarrollo del área de Ciencia y Tecnología con el fin de encontrar las más ajustadas a nuestra realidad y que permitan mejorar las condiciones de salud, en particular, y de vida en general, logrando mayor eficiencia y eficacia en los programas de salud. La investigación operacional a todos los niveles, aplicando el método epidemiológico, deberá asegurar una acertada toma de decisiones, y una evaluación de las mismas que orienten, sobre bases reales, los esfuerzos futuros.

6.- Por último, es necesario considerar el desarrollo de la autorresponsabilidad en el cuidado de la salud tanto personal como colectiva, para lo cual la educación en salud y la comunicación social, deberán ser los instrumentos a desarrollar.

7.- Proteger a la población costarricense contra los riesgos que inciden sobre su salud y sobre la seguridad social y económica de los individuos con carencia, disminución o pérdida de la capacidad productiva, para garantizar el bienestar bio-psicosocial de la familia.

8.- Revisar los proyectos dirigidos a la tercera edad que están en ejecución, en procura de una atención más humana y más eficiente, y que además de mejorar la condición de los beneficiarios, amplíe la cobertura de los servicios que reciben.

III.- Objetivos Institucionales

Frente a estas formulaciones de tipo general, la CCSS ha replanteado o reorientado sus Objetivos Institucionales de la siguiente forma:

1.- Misión institucional

Proteger a la población costarricense contra los riesgos que inciden sobre su salud y sobre la seguridad social y económica de los individuos con carencia, disminución o pérdida de la capacidad productiva,

para garantizar el bienestar bio-psicosocial de la familia.

2.- Autonomía institucional.

Rescatar, consolidar y mantener la autonomía de gobierno y administración institucional contemplada en el artículo 73 de la Constitución Política.

3.- Cobertura.

Incrementar el porcentaje de la población asegurada, a fin de universalizar la cobertura de los servicios, con énfasis en los grupos más vulnerables de la población.

4.- Atención integral.

Fortalecer y desarrollar la prestación de los servicios de salud con el propósito de brindar una atención integral, orientándola hacia los principales problemas de salud de la comunidad y que preste los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.

5.- Sentido humanístico de gestión e individualización en la prestación de los servicios:

Mejorar la gestión para que lleve implícita un sentido humanístico en relación con el beneficiario, evitando así la masificación de la gestión para que el usuario se sienta compenetrado en la misma, y como destinatario de la función social, revalorizando a la persona.

6.- Capacidad de respuesta.

Mejorar la capacidad de respuesta institucional, otorgando el más eficiente servicio al usuario.

7.- Desconcentración.

Fortalecer la regionalización mediante la consolidación del proceso de desconcentración técnica y administrativa.

8.- Reestructuración institucional.

Adecuar la organización por medio de su reestructuración integral y del desarrollo sistémico de la gestión, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad.



9.- Sistemas Locales de Salud.

Fortalecer los Sistemas Locales de Salud (SILOS), con el fin de favorecer la integración interinstitucional e intersectorial, la desconcentración, el sentido humanístico de la gestión y la participación social.

Desarrollar modelos alternativos de atención de la salud, con el fin de superar las limitaciones de la atención que: tradicionalmente la institución brinda a todos sus usuarios.

10.- Incremento de la cobertura del SIVM.

Incrementar la cobertura y beneficios del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte y adecuar sus beneficios según riesgos en relación con las necesidades de protección que sean factibles de financiar.

De igual manera son rigurosos los procedimientos y moderna la tecnología que el Sistema de Seguridad Social emplea para los exámenes de laboratorio, en atención a la importancia que éstos tienen en el correcto tratamiento de las enfermedades.

11.- Administración racional de los recursos.

Asignar adecuadamente los recursos con base en un proceso integrado de planificación y evaluación, que permita mejorar la eficacia y la eficiencia institucional.

12.- Estabilidad económica financiera.

Asegurar la estabilidad económico-financiera de la Caja, para cumplir con los objetivos, las políticas, los planes y las prioridades institucionales.

13.- Mecanismos de coordinación.

Fortalecer los mecanismos de coordinación intra e intersectoriales, intra e interinstitucionales e internacionales, con el fin de mejorar los servicios, intercambiar experiencias y captar recursos en función de las políticas y de las prioridades establecidas.

14.- Comunicación organizacional.

Desarrollar y fortalecer mecanismos de comunicación ágiles y oportunos entre las diferentes unidades de la institución, que permitan una acción sistemática en cumplimiento de los objetivos institucionales.

15.- Educación al usuario.

Desarrollar un programa intensivo de educación al usuario, para fomentar el autocuidado de la salud y una mejor utilización de los servicios.

IV.- Políticas institucionales.

Lo anterior se expresa también, en la formulación de las políticas institucionales, en los siguientes términos:

A AREA DE LA SALUD.

1.- Cobertura Seguro de Enfermedad y Maternidad.

La ampliación de la cobertura del Seguro de Enfermedad y Maternidad pondrá especial énfasis en los grupos menos favorecidos y en aquéllos que presentan mayor vulnerabilidad, de acuerdo con las posibilidades financieras de la Institución.

2.- Atención integral.

La prestación de servicios de salud deberá ser integral, involucrando en cada servicio que se brinde a la población, las acciones de promoción, de prevención, de curación y de rehabilitación, enfocando al usuario como persona individual perteneciente a una colectividad y como ser psicobiosocial.

3.- Atención primaria.

La atención primaria en salud ocupará un lugar destacado en la actividad de la Caja Costarricense de Seguro Social, para lo cual fortalecerá los programas de medicina familiar y comunitaria, y pondrá especial énfasis en las estrategias de promoción y de educación para la salud, que conduzcan a fomentar el autocuidado y a modificar estilos de vida nocivos en la población.

4.- Sentido humanístico de la gestión.

Se promoverá el sentido humanístico de la gestión de los servicios de salud y de otras prestaciones, mediante una relación individual más digna y satisfactoria entre el usuario y la institución.

5.- Red de servicios.

La red de servicios se analizará sistemáticamente con el propósito de adecuarla a las nuevas demandas de la población nacional y de los cambios del perfil epidemiológico, para ello se definirán los niveles de complejidad de sus instancias como respuesta a las demandas presentes y futuras.

6.- Sistemas Locales de Salud.

Los Sistemas Locales de Salud se consolidarán como estrategia para desconcentrar administrativa y programáticamente la Institución, así como para posibilitar la implementación de respuestas a los problemas locales.

7.- Modelos alternativos de atención.

El desarrollo de modelos alternativos de atención se fortalecerá, para mejorar las relaciones humanas en el

proceso de prestación de los servicios de salud y lograr la mayor eficiencia y la satisfacción de los usuarios y de los prestatarios de los servicios; adicionalmente será favorecida la evaluación de los modelos alternativos de atención, con el propósito de ir adoptando y extendiendo los que resulten eficaces y eficientes, los que procuren la equidad social y que puedan ser financiados por la Institución.

8.- Fomento a la investigación.

La investigación tendrá un impulso y reconocimiento especial, apoyando diferentes modalidades (clínica, epidemiológica, administrativa y científico-tecnológica), para propiciar el desarrollo de alternativas de intervención frente a los problemas de salud, y generar enfoques innovativos para solucionarlos. El CENDEISS promoverá un proceso de desarrollo estratégico de la investigación con énfasis en el proceso de regionalización y desconcentración en los campos médico, social y de seguro social.

B AREA DE LAS PRESTACIONES SOCIALES.

1.- Prestaciones sociales.

La Institución incursionará con mayor fuerza en la creación de condiciones de organización y capacitación comunitarias, indispensables para una efectiva participación y otorgamiento de prestaciones sociales tipificadas en la Seguridad Social y con la cooperación intersectorial e interinstitucional.

C AREA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS.

1.- Mecanismos de financiamiento.

Los mecanismos de financiamiento actuales se revisarán con el propósito de identificar formas y fuentes alternas, para que conjuntamente con la mejora de la recaudación y una racionalización del uso de los recursos, se asegure la solidez financiera institucional, sin detrimento de la calidad en la prestación de servicios. Ese esfuerzo deberá complementarse con el análisis y la actualización de vigencia, replanteamiento o



finalización de los compromisos, para salvaguardar los intereses de las partes contratantes.

2.- Rentabilidad de las inversiones.

Se dotará a la cartera de inversiones de una mayor flexibilidad y diversificación de respuesta, con el fin de poder hacer frente a las variaciones en los mercados financieros, en concordancia con las políticas establecidas en materia económica y el Plan Institucional de Inversiones.

3.- Adecuación del marco legal y de la organización.

La Institución deberá adecuar el marco legal y reglamentario, su estructura orgánica y su funcionamiento, tanto en el ámbito central como regional, para agilizar y hacer viable la ejecución de los programas contenidos en el plan estratégico.

Hospital San Juan de Dios. Se trata del primer hospital público que se estableció en Costa Rica, por lo que se ha convertido en una institución básica en la estructura social y en la historia del país. Empezó a funcionar en 1791, en la ciudad de Cartago, pero debió cerrar por deficiencias económicas. En 1845 se estableció en San José, a propuesta del Dr. José María Castro Madriz, entonces presidente de la Cámara de Representantes y más tarde fue el único o el principal centro médico, por lo que su nombre está unido a grandes acontecimientos sociales. Actualmente es el más grande, pues sólo sus pasillos miden más de ocho kilómetros de longitud.

4.- Planificación estratégica.

Las actividades de gobierno y de gestión para la prestación de los servicios en la Institución, responderán a un sistema y a un proceso integral de planificación estratégica, control y evaluación, con amplia participación de todos los actores involucrados, para orientar la toma de decisiones, conducir el quehacer institucional y mejorar su capacidad de adaptación a las necesidades del desarrollo.

5.- Reestructuración administrativa.

La Institución desarrollará alternativas, tales como la desconcentración, la regionalización o el traslado de algunas actividades, con el objeto de dar mayor flexibilidad a diversas unidades operativas para responder con eficacia, eficiencia y oportunidad a las demandas de servicios de la población.

6.- Sistema de información institucional.

Deberá desarrollarse un sistema de información institucional desconcentrado con base en una política y un plan informático, que responda a las necesidades de los usuarios de la información, para apoyar con precisión y oportunidad la conducción política, la planificación, la gestión y para fortalecer la comunicación interna y externa. En este sentido, la Institución fortalecerá los esfuerzos ya en ejecución, como el Sistema de Indicadores de Gestión (SIG).

7.- Administración y desarrollo de recursos humanos.

Deberá revisarse y mejorarse el sistema de administración de recursos humanos en sus componentes esenciales de captación, de remuneración, de integración y de mantenimiento, en apoyo a la eficacia y a la eficiencia de los servicios que brinda la Institución, y deberá fortalecerse el CENDEISSS para el desarrollo estratégico del recurso humano en las áreas de formación y capacitación.

8.- Recursos materiales y tecnológicos.

Los procesos de programación, adquisición, almacenamiento y distribución de los recursos materiales y tecnológicos, serán objeto de una efectiva desconcentración, con base en la formulación presupuestaria, para ajustarlos a las necesidades de los diversos niveles de la organización.

9.- Desarrollo, mantenimiento y conservación de infraestructura física y equipos.

Para apoyar el aumento de la cobertura y una mayor equidad en la prestación de los servicios, el desarrollo, mantenimiento y conservación de la infraestructura física y de equipo, deberán responder a las prioridades nacionales, al plan estratégico y a la viabilidad económica y financiera de la Institución. En tal sentido, se fortalecerá el Sistema Integral de Mantenimiento y el Programa de Ahorro del Recurso Energético (PARE).

10.- Contratación de servicios.

La contratación de servicios externos deberá corresponder a los lineamientos del plan estratégico institucional y sujetarse a los criterios de evaluación y control de calidad.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL (CCSS)

Presidente Ejecutivo: Dr. Elías Jiménez Fonseca
Vicepresidente: Sr. Samuel Hidalgo Solano

JUNTA DIRECTIVA

Directores Representantes del Estado:
Licda. Graciela Moreno Ulloa
Msc. Carlos Rodríguez Peyton
Directores Representantes del Sector Patronal:
Sr. Roberto Quirós Coronado
(Industria)
Lic. Samuel Hidalgo Solano
(Comercio)
Sr. Rodolfo Salas Salas
(Agricultura)
Directores Representantes del Sector Laboral:
Sr. Miguel Ángel Calderón Sandí
(Confederaciones Sindicales)
Pbro. Claudio María Solano Cerdas
(Movimiento Solidarista)
Sr. Norman Asenjo Quirós
(Movimiento Cooperativista)

ADMINISTRACION SUPERIOR

Gerente División Administrativa:
Lic. Salomón Rodríguez Lobo
Gerente División Financiera:
Lic. Jorge Arturo Hernández Castañeda
Gerente División Médica:
Dr. Eduardo Sánchez Jovel
Gerente División Operaciones:
Ing. Carlos Quesada Solano
Auditor:
Lic. Carlos Guillermo Schmidt

DEPARTAMENTO DE RELACIONES PUBLICAS

Jefe:
Lic. Alvaro Sergio Blanco Brenes

MEDIO SIGLO CONSTRUYENDO LA SALUD DE UN PUEBLO

PRODUCCION EDITORIAL:

Departamento de Relaciones Públicas, CCSS

REDACCION E ILUSTRACION:

Sección de Prensa, Depto. de Relaciones Públicas, CCSS

PRODUCCION GRAFICA:

Sección de Producción Audiovisual, Depto. de Relaciones Públicas, CCSS

DIAGRAMACION:

Diseño Gráfico, S.A.

IMPRESION:

Comunicación Gráfica San José, S.A.

COORDINADOR EDITORIAL:

Lic. Tomás Guerra Rivas

"CCSS: MEDIO SIGLO CONSTRUYENDO LA SALUD DE UN PUEBLO", es una publicación oficial de la CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, dedicada al cincuentenario de la Institución.

DIRECCION:

Departamento de Relaciones Públicas
Caja Costarricense de Seguro Social
Av. 2, Calles 5 y 7, San José
Tel. 23-57-67. FAX. 22-12-17
CCSS, 1992

Este libro se terminó de imprimir el 5 de febrero de 1992, en los talleres de Comunicación Gráfica de San José, S.A., en la ciudad de San José, Costa Rica. La edición consta de mil ejemplares.