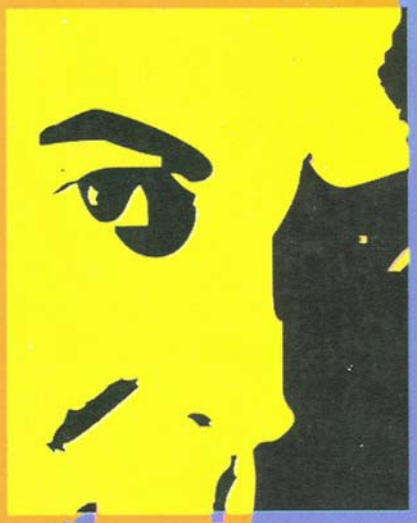
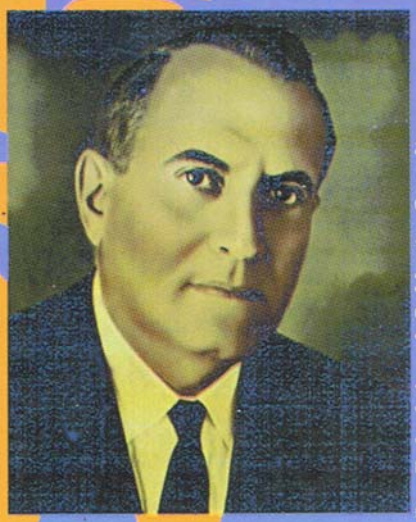
# LA SEGURIDAD SOCIAL EN COSTA RICA: PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS





Dr. Rafael Angel Calderón Guardia

Dr. Elías Jiménez Fonseca

# LA SEGURIDAD SOCIAL EN COSTA RICA:

# PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS

Dr. Elías Jiménez Fonseca

368.4
J61s Jiménez Fonseca, Elías
La seguridad social en Costa Rica: problemas y perspectivas Elías Fonseca Jiménez. -- San José, C.R. : EDNASSS-CCSS, 1994.
288 p. ; 21 cm.

Posee referencias bibliográficas
**ISBN 9977-984-43-3**

l. FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL. 2. RECURSOS HUMANOS EN SALUD. 3. SERVICIOS DE SALUD. 4. ETICA. I Título

Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS)
1994

Dirección Editorial: Gerardo Campos Gamboa

Caja Costarricense de Seguro Social
Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social - CENDEISSS
Apartado 10105 – 1000 San José, Costa Rica

Levantado de Textos: Ariadna Marcela Mesén Arias Diseño Gráfico: Franklin Herra H.

EDNASSS: Imprimiendo salud y bienestar

Impreso en Costa Rica en los talleres litográficos de MAIKEL S.A., 1994

## *Dedicatoria*

***A la***
***memoria de***
***mi hijo***
***Javier***

# INDICE

Introducción ..... **1**

Antecedentes históricos de la Seguridad Social
***Dr. Edgar Cabezas Solera*** ..... **3**

El papel de la O.P.S. y su relación con la
Caja Costarricense de Seguro Social
***Dr. Raúl Penna Melo*** ..... **27**

El reto de la cobertura
***Dr. Luis Asís Beirute***
***Licda. Marielos Piedra G.*** ..... **35**

Modalidades de atenci6n
***Dr. Luis Asís Beirute***
***M.B.A. Adolfo Cartín Ramírez*** ..... **55**

La autonomía en la dirección y la gestión
de los Seguros Sociales: El caso de la
Caja Costarricense de Seguro Social
***Lic. Oscar Arias Valverde*** ..... **63**

Financiamiento de la Seguridad Social
costarricense: Problemas y Perspectivas
***Lic. Róger M. Aguilar G.*** ..... **89**

La crisis de la Seguridad Social y la
vigencia de sus principios filosóficos
***Lic. Carlos E. Sagot Esquivel*** ..... **129**

La demanda ilimitada de servicios de salud.
Su satisfacción con recursos limitados
***Dr. Luis B. Sáenz Delgado*** ..... **145**

La atención médica en la Caja Costarricense
de Seguro Social: Un enfoque gerencial
***Dr. Eduardo Sánchez Jovel*** ..... **167**

El recurso humano en la Caja Costarricense de
Seguro Social
***Dr. Mario Pacheco Mena.*** ..... **183**

Etica y moral en los servicios de salud.
***Msc. Alexandra Eduarte Ramírez***
***Lic. Carlos Emilio Sagot Esquivel***
***Lic. Salomón Rodríguez Lobo*** ..... **201**

Hacia el futuro: El Plan de Reforma del Sector Salud.
***Dr. Elías Jiménez Fonseca*** ..... **229**

# Introducción

La democracia costarricense se ha convertido en ejemplo para los países del mundo, y uno de sus baluartes lo es sin duda la Caja Costarricense de Seguro Social, al haber propiciado la justicia social como herramienta de desarrollo tanto en lo material como en lo espiritual. Resulta entonces especialmente importante que analicemos con claridad sus logros, identifiquemos los problemas y planteemos soluciones realistas a los mismos, acordes con las posibilidades del país.

Durante estos años el desarrollo social de Costa Rica ha sido impresionante, lográndose en el área de la salud índices propios de países desarrollados, con una mortalidad infantil para 1992 de 13,2 por mil nacidos vivos, una esperanza de vida al nacer que supera los 75 años, ausencia de desnutrición severa primaria en niños, erradicación de enfermedades prevenibles por vacunaciones y, sobre todo, una cobertura total de la población en el régimen de Enfermedad y Maternidad, garantizándosele además a un número creciente de la población económicamente activa su derecho a una pensión digna.

Es evidente que para poder invertir significativamente en el área social, se requiere estabilidad política y económica, y esto es algo que se ha logrado en Costa Rica. En 1992, el crecimiento económico fue superior al 7%, con una tasa de inflación del 17% y un déficit consolidado del sector público de 1,5% del PIB. La tasa de desempleo fue de 4,1 % y alrededor de 50.000 familias más se situaron por encima de la línea de pobreza en 1992, con respecto a 1991.

Estos factores han influido positivamente en el nivel de madurez y solidez de la Caja, y comprometen a que quienes trabajan o están ligados a ella, y han sido en buena parte corresponsables de su desarrollo, expongan sus ideas con toda libertad, sobre todo orientadas al análisis del presente institucional, con un concepto evolutivo y una definición clara de lo que se prevé para el futuro. Se espera, en fin, que la expresión de su pensamiento sirva como material de consulta en el proceso de toma de decisiones para las generaciones actuales y futuras.

# Antecedentes históricos de la Seguridad Social

Dr. Edgar Cabezas Solera

# Introducción

Cuando el Dr. Elías Jiménez, Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social, me habló de su proyecto sobre un libro de la Seguridad Social, me pareció de gran interés y por supuesto despertó el lógico entusiasmo al decirme de esta participación.

Hay varias razones para esto. Haber llegado a conocer la Institución con el correr de los años, trabajar en ella en diferentes posiciones, conceptuar su papel en el vivir de nuestro país y, también, mostrar un poco de agradecimiento ante la Institución que tanto nos ha dado: paz social, atención de la salud y respuesta a las necesidades cambiantes que le demanda la sociedad costarricense.

Arnold Toynbee (14) refiere que estudiar la historia tiene un interés de autoconservación y una de las facultades distintivas de la naturaleza humana. La época de cualquier sociedad, estudiar su historia y las actividades sociales, viene siendo determinado por las tendencias predominantes en su tiempo y su lugar; por eso, conociendo la historia entendemos el presente.

## Una definición importante

*"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuada que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.* "(1)

Esto lo estableció la Declaración de Derechos Humanos en su artículo 25 y creo que es una muy buena definición sobre lo que debe ser la seguridad social en un país libre y organizado socialmente.

## Concepto generales

Con la evolución de las condiciones sociales y del medio ambiente, también hay conceptos que han cambiado. Así vemos cómo, junto con los indicadores de morbilidad y mortalidad, nos pueden dar una orientación de tendencias en

una comunidad, como lo conceptúa Jaques Attali (6), que dice: *"Aparecen indicadores vulnerabilidad que tienen en cuenta los riesgos patológicos* y *de su reparto en una población dada. Así, el indicador de Chiang expresa el tiempo perdido cada año por un individuo a causa de la enfermedad; el indicador de Olson mide la esperanza de vida en buena salud en un individuo dado."*

Más adelante continúa anotando: *"Estos indicadores pueden mejorarse cuando decrece la esperanza de vida;* si *ésta baja, resulta de la reducción de la duración de la vida de los ancianos hospitalizados o, más generalmente, de una mayor brevedad de desenlace de las enfermedades mortales."* (6)

Los conceptos de Seguridad Social han sido como casi todo en nuestra existencia, componentes de un proceso evolutivo, con derroteros e ideas formadas por experiencias y situaciones determinadas.

En siglos anteriores, hasta antes del siglo XIX, la definición de la atención de la enfermedad se centró en los servicios prestados bajo un concepto de la caridad, principalmente a cargo de organizaciones religiosas, pues las características políticas de la época, dictadas por predominios liberales, condicionaron una actitud del estado, más vigilante que participante en la dinámica de los procesos.

Se refiere que en Italia y en Francia, con los estragos de las epidemias, las ciudades se organizaban y: *"Hacía de su cuenta los problemas prácticos planteados por la peste, como la organización de los enterramientos, la distribución de los víveres* y *la reglamentación de los comportamientos públicos o privados. Los pobres eran una de las cargas más pesadas de la ciudad, hasta el punto que el hambre causaba más victimas que la peste".* (6)

Se refiere que a finales del siglo XVIII (6), había que proteger a los niños y a los adultos porque eran mano de obra que al enfermarse reducían su rendimiento. Además, ante ese pensamiento, los filósofos, economistas y otros se interesaban por la salud del adulto. Se veía como por el año 1564 la duración del trabajo de los obreros era de 20 semanas; de 48 en 1694, y de 52 en 1726.

Entonces se solicita que médicos y comadronas sean financiados por el estado para combatir las enfermedades profesionales.

Se relata que el profesor Bernardino Ramazzini, profesor de Módena y luego de Pavia, anotaba lo siguiente: *"Es justo que el acto médico aporte su ayuda* y *se ocupe de la salud de los artesanos por medio de estudios especiales, descuidados hasta ahora, para que puedan en la medida de lo posible ejercer sin peligro el oficio que ellos han elegido."* (6)

Después se empiezan a conocer publicaciones que tienen relación con la salud del trabajador; así, en 1780, el Dr. Colombal de Besacon, envió un resumen "Sobre las enfermedades de los fabricantes de géneros de punto y relojeros".

Ese mismo año el Dr. Beerembrock, de Montpellier dio "Una contribución rápida sobre las enfermedades de los doradores".

Más adelante, un subinspector de las manufacturas, Pajot des Charmes, envía unas memorias sobre: *"Los peligros a los cuales están expuestos los tintoreros de grande* y *pequeño tinte", "Las enfermedades e incomodidades a los cuales están expuestos los obreros vidrieros* y *particularmente los cristaleros"* y, además, *Las enfermedades e incomodidades a los cuales están expuestos los impresores en talla dulce"*. (6)

Todo lo anterior revelaba la avaricia de las empresas, la miseria y las condiciones de trabajo, así como la negligencia de los obreros.

Esos médicos, Beerembrock y Pajot des Charmes fueron dando campanadas de alerta y presentaron posiciones para mejorar las leyes del trabajo y la legalización del retiro. En relación con lo último, se llegaron a tener pensamientos que inclusive fueron respaldados por la Société Royale Médicine (de Francia) y que en resumen decían: *"Interesa a los jefes de empresa conservar la salud de sus obreros* y *así quisieran*, "con las precausiones indicadas, poco dispensiosas con respecto a su importancia", *se podría en muchos casos, conservando los días preciosos de un jefe de familia, arrancar dela miseria* o *indigencia a una madre e hijos desconsolados."* (6)

Eran claros embriones de la seguridad social. Durante la segunda mitad del siglo XIX, empezaron a presentarse una serie de procesos muy importantes desde el punto de vista de desarrollo social, ya que el Estado empezó a asumir una responsabilidad innegable en el cuidado de la población. Una

parte fue el proceso de proletarización dictado por el desarrollo industrial unido a la salud de los trabajadores; y por otra parte, se identificaron una serie de riesgos de carácter social, que no podían ser compensados, tales como el envejecimiento, la invalidez o la enfermedad.

Así fue como en Inglaterra (15) Chadwick, en 1843, con la revisión de la Ley del Pobre, presentó su informe al parlamento inglés, demostrando sobre todo que la edad de la muerte en diferentes grupos de población era diferente, estando calificada por fenómenos económicos y geográficos que condicionaban en forma distinta los riesgos y la calidad de vida de los diferentes grupos. (15)

Junto con lo anotado anteriormente, tanto en Alemania como en Francia surgió el movimiento de la medicina social en 1848 (15-16) en donde emergen nombres de grandes pensadores y actores de la medicina: Salomón Neumann y Rudolf Wirchow, en Alemania; Jules Guerin, en Francia; William Farr, en Inglaterra y Francesco Puccinotti, en Italia.

Refería en Dr. Herman Vargas, de gratísimo recuerdo: *"Es también el año de los poetas políticos: Heinrich, Heine y Lamartine. ¿Qué relación existe entre todos estos acontecimientos? ¿Una simple coincidencia o algo más profundo que liga hechos tan dispersos en un todo estructurado? En las respuestas a estas preguntas yace la fascinación de numerosos escritores, economistas, sociólogos y políticos que se han dedicado a estudiar este particular periodo histórico."*

Más adelante Herman nos escribe: *"La hipótesis de Foucault es que con el capitalismo no se dio el paso de una medicina colectiva a una privada, sino justamente lo contrario; el capitalismo desarrollándose a final del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, socializó primero un objeto que fue el cuerpo como fuerza de producción, fuerza de trabajo. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o la ideología sino que comienza por el cuerpo. El cuerpo no fue tomado al principio por la medicina como fuerza de producción. En la primera mitad del siglo XIX, cuando el problema del cuerpo de la salud y el nivel de la fuerza productiva de los individuos del proletariado que fue tomado en consideración por la medicina. El autor reconstruye tres etapas en la formación de la*

*Medicina Social: Medicina de Estado, Medicina Urbana y finalmente Medicina de la fuerza de trabajo"* (16).

Volviendo a Wirchow, no podemos dejar de mencionar lo que postuló este genial y controvertido médico. Dijo: *"La medicina sólo estaría completa* si *además de cuidar y curar los enfermos, también se preocupara de la población sana y de las condiciones de vida de esta población"* (15). Las luchas de los trabajadores fueron poco a poco determinando este campo: su protección integral. Lograron que en industrias como la minería y la siderúrgica en Alemania, se dictara la obligación de los patronos que cotizaran para mutuales organizadas por los trabajadores, las cuales eran de afiliación voluntaria. Ese proceso de agitación política hace que en ese país se aprueben leyes en donde por primera vez el Estado se hace responsable del establecimiento y de la extensión del seguro obligatorio que cubriera a todos los trabajadores asalariados. El financiamiento se haría por medio de contribuciones de los empleados y del estado (16).

En Alemania, es de rigor destacar el mérito personal del Canciller Otton Eduardo Leopoldo Bismark, por quien se aprueban tres leyes de los seguros sociales (17): 1. La de Enfermedad, del 15 de junio de 1883; 2. la de Accidentes, del 6 de julio de 1884, y 3. la de Invalidez-Vejez, del 22 de junio de 1889.

Consigna Alvaro Víquez (17) que: "Con el tratado de Versalles, después de la Primera Guerra Mundial, se señala la recomendación especial de establecimiento en los diferentes países, en lo que la Organización Internacional del Trabajo (OIT), jugó un papel importante, al impulsar distintos convenios y cooperación técnica para que los estados los establecieran.

No es sino a partir de 1941, con el informe de Lord Beveridge (William Henry), que se crea un sistema de salud y asistencia económica para toda la población, con lo que se da un paso trascendente en la protección, que no es ya sólo para el asalariado sino para todos. Se establece y consolida así el "Derecho de Seguridad Social" a nivel internacional, como derecho del hombre desde el punto de vista jurídico y como obligación del Estado, desde el punto de vista político."

Se considera que en Costa Rica, en 1522, había por lo menos 27.000 habitantes, cifra que se estimaba cercana a la

realidad [4], dado que la actividad agrícola no permitía sostener poblaciones elevadas; sin embargo, hay teorías en que estiman factores que pueden dar pie a proponer cifras mayores.

La conquista, desde que se inicia hasta 1611, deja la población en 15.538 habitantes. Causas: *"Violencia de la conquista y colonización, explotación del indígena, reacondicionamiento económico y social impuesto por los españoles y las epidemias"*[4].

El indígena era expropiado de su tierra y del producto de su agricultura; además se crearon mecanismos coercitivos para asegurarse de la explotación de la mano de obra.

Las epidemias realmente azotaron de manera muy severa al habitante del territorio que luego se iría a llamar Costa Rica. La siguiente es una lista de las que más se distinguieron en afectar la población: viruela, paludismo, fiebre amarilla, sífilis, lepra, tuberculosis, rabia, tétano; enfermedades que en su mayoría se pueden prevenir por vacunación o por medio de controles ambientales. De la misma manera crecieron como centros de población los siguientes: Ciudad de Castillo de Garcimuñoz, en 1561, la cual luego se traslada al Valle del Guarco, dándosele el nombre a la ciudad de Cartago, en 1564. Posteriormente hubo expansión hacia el Valle Central con las poblaciones de Aserrí, Curridabat, Barba, Pacaca. Siguen luego Heredia o Villa Vieja o Cubujuquí, en 1706, asentada primero en La Lagunilla y en 1717 en el sitio actual de asentamiento. San José; Boca del Monte, en 1736. Alajuela, Villa Hermosa, parroquia que quedó constituida en 1782. Resumiendo, en 1801 había en Costa Rica: 2 ciudades, 5 villas, 5 anexos y 13 "doctrinas". La población era en esa época de 52.591 habitantes [4]. Ya para el censo de 1844 la población alcanzaba la cifra de 79.982 y 20 años después, incluyendo la epidemia de cólera, había 120.499, sin incluir los indígenas [4].

En los años que siguen, 1883, 182.073 personas y en 1892, 262.661; o sea que el nuevo siglo nos encontraría con una población de 303.762 habitantes.

Como nota interesante, en Octubre de 1900, el Obispo de Costa Rica, Bernardo Augusto Thiel dice: *"Que la Providencia Divina siga favoreciendo a Costa Rica durante el siglo XX, así como lo hizo en el XIX; que sus habitantes conserven el amor al trabajo a la paz y entonces, sin duda alguna, tendrá a fines del siglo* XX, *de un millón y medio a dos millones de*

*habitantes."* [5]

Resumiendo, según don Edwin González en un análisis demográfico: *"la primera etapa se caracteriza, sobre todo, por la presencia de crisis periódicas que frenan en forma parcial o total los periodos de crecimiento natural de la población. En la segunda, en cambio, se produce una disminución y posterior desaparición de las crisis demográficas, lo que permite un aumento natural continuo. El hecho demográfico más visible en el régimen anterior al siglo XVIII es la ELEVADA MORTALIDAD (EN ESPECIAL LA INFANTIL Y JUVENIL) causada por factores como las epidemias deficiencias de la medicina, la higiene, la alimentación, la miseria de la población, etc."* [4]

Lo que hemos leído en los párrafos anteriores es todo lo contrario a lo que encabeza este trabajo sobre la Declaración de los Derechos del Hombre.

Los autores mencionados también calcularon que entre 1865 y 1867, la esperanza de vida al nacer era de 30 años. En la década de 1940 era de 55 años. Es razonable analizar que entre 1867 y 1993 pasaron 126 años y, en ese lapso, la esperanza de vida se incrementa más del doble, que es lo que disfrutamos en estas épocas.

## Primeros pasos sobre Seguridad Social

Refieren varios autores (7-8), que en 1893 el Obispo Thiel, en su carta pastoral número treinta, del 5 de setiembre, "Sobre el justo salario de los jornaleros y artesanos y otros puntos de actualidad que se relacionan con la situación de los destituidos de bienes de fortuna", haciendo ver que *"el Gobierno debe volverse más activo en la protección de los pobres y evitar los abusos del sistema económico, lo que constituye el primer indicio de lo que, tiempo después, se convertiría en la lucha por las garantías sociales."(7)*

En esa época la situación era tan crítica que obligó a la Iglesia a intervenir inspirándose en los principios de la Encíclica "Rerum Novarum" ("De las Cosas Nuevas") para denunciar el problema de los trabajadores. Thiel decía que la situación era tan alarmante, que en Costa Rica había miseria nunca vista, y enfatizaba que el salario del trabajador no se aumentaba en proporción a la baja del valor del dinero. Como que le queda a un sonando esa frase, emitida hace 100 años y

todavía se oye en muchas ocasiones en estos tiempos.

En este interesante punto, Rosenberg dice: "En 1891 el Papa León XIII publicó "La Carta Magna" de la doctrina social católica: la Encíclica "De Rerum Novarum". Este documento fue la respuesta de la Iglesia Católica a la amenaza doble de la proletarización y el socialismo. Era un documento revolucionario, puesto que exigía la atención de la Iglesia, no sólo en cuanto a los intereses espirituales de sus hijos sino también en cuanto a los intereses terrenales.

En tanto que rechazaba el liberalismo como el socialismo, exigía *una protección estatal especial para los asalariados. Entre otras cosas pedía a la Iglesia que contribuyera a la formación de asociaciones, tanto de patronos como de trabajadores".* (11)

Y más adelante, continúa Rosenberg: *"Pero investigaciones recientes sugieren que el interés de Thiel en cuanto a la cuestión social estuvo motivado más por su interés en el resultado de la elección presidencial de* 1894 *que por un genuino interés en los problemas sociales. Tal duplicidad queda de manifiesto en un documento post-electoral en el cual Thiel exalta las virtudes de la pobreza* y *las ventajas de la recepción pasiva de limosna, sobre la organización obrera. (20) El liderazgo de Monseñor Stork se caracterizó por su timidez* y *conformidad con el status quo. Para él la pobreza formaba parte del orden natural de las cosas. Lo que más importaba era la sumisión a las jerarquías sociales, políticas* y *económicas."* (11)

Según Salazar (8), el estado no intervino para resolver los problemas sociolaborales, sino que era promotor de privilegios, como el caso de jueces y militares que disponían de altos salarios, no embargo de los sueldos, pensiones, etc,. Además refiere: *"En el caso de la mujer, su situación era altamente discriminante, pues no podía contratar sin que mediara un tutor o su marido; además de que su salario era la mitad del de cualquier hombre;* y *los derechos de maternidad no los tenía, ni la restricción para que no realizaran labores pesadas o peligrosas."*

En el pasado siglo había un claro desamparo ante los problemas sociales, y la salud dependía de los pocos médicos, de la Iglesia, o del único hospital que había, donde la persona iba a morir.

Fueron pocas las disposiciones sanitarias comunales de la época. Al municipio, representante de los derechohabientes, le correspondía organizar la vida local de una población o ciudad.

Este-el municipio-, fue implantado por los españoles en el siglo XVI; eran los únicos en donde había participación popular, y fue la institución de autogobierno que sirvió de instrumento ideal cuando el pueblo reasumió sus derechos y se independizó. En síntesis, al preocuparse por las finanzas, la vivienda, la salud y la educación, eran claros responsables de la seguridad social comunal.

Aún así, las condiciones del pueblo no eran buenas en el pasado siglo y se nota: *"La vigilancia por la salud y comodidad del pueblo había constituido una de las inquietudes mayores del cabildo, desde que este entrara en funcionamiento en San José. El asunto se tornaba muy difícil por las condiciones generales de la época y la forma de vida existente en el área que estudiamos. La higiene estaba muy mal. El servicio de agua presentaba grandes condiciones de contaminación. No había servicios de recolección de basura, no se disponía de medicina preventiva, muchas acequias derramaban sus aguas fácilmente y con grandes dificultades se podría disponer de medicina curativa." (9)*

## Legislación

Esta parte puede ser un poco tediosa, por lo lento que es leer una serie de fechas de algunas propuestas y leyes que han sido importantes en relación con la seguridad social. Pero aun así, reflejan el sentimiento popular, las determinaciones de los gobernantes y los representantes del pueblo en las diferentes instancias a que tenían acceso.

Intentando una cronología-en la cual no creo que pueda decir que está toda la legislación-, veamos:

**Diciembre 10 de 1839:** Reglamento general para la hacienda pública (regulación del contrato de trabajo)-(2).

**Enero 27 de 1841:**Prohibición de moler en los trapiches de noche, por las lesiones que se producen y se responsabiliza a los dueños de trapiches e ingenios.(2)

**Julio 10 de 1841:** Los capítulos VI y VII del Código General de Estado de Costa Rica, junto con el Código Civil de 1888, no preveían de ninguna forma la posibilidad de un

accidente, que con ocasión de sus labores pudiera sufrir un trabajador.

**1905:** El Secretario de Estado, Sr. Echeverría, pide recompensa con pensión a la familia de los guardas de hacienda por muerte de éstos en cumplimiento de sus funciones. Fue sancionada el 3 de julio de 1905. La pensión fijada era de 25 a 30 pesos según el caso.(2)

**1907:** El diputado Enrique Pinto Fernández presenta un proyecto de ley sobre los accidentes de trabajo mediante las Cajas Cooperativas de Socorro a desarrollar por los municipios (2-7). No se discutió y se archivó.

**Marzo 23 de 1910:** La diputación gubernamental de la provincia de Heredia presentó a conocimiento del Congreso un proyecto de ley con el propósito de crear la "Caja de Previsión". La firmaron el Lic. Alfredo González Flores, el Lic. Juan Rafael Arias y don Tranquilino Sáenz Rojas.

El proyecto tenía características extraordinarias, pues intentaba regular condiciones, que con las variantes del tiempo es mucho de lo que es el Seguro Social. Preveía pagos por lesiones que sufrieran los trabajadores y aseguraba pensiones de vejez; atención de los sucesores o derechohabientes. Se incluía en el mismo cómo se formaría de manera participativa el capital; las edades de disfrute. Había un régimen de vejez, invalidez y muerte.

Esas ideas de don Alfredo no tenían precedente en Costa Rica por lo que no se logró el apoyo necesario, y con la excusa de una pretendida reelección en 1917, el Lic. González fue derrocado por un golpe de estado (10).

**1912:** Se logra una nueva ley sobre los riesgos del trabajo; en ésta ya se tiene claro la deducción, como contribución, una parte del sueldo empleado. (2)

**Mayo 16 de 1913:** el diputado Vargas Calvo, presenta otro proyecto de ley sobre prevención y seguro obligatorio en accidentes del trabajo para que el patrono pudiera pagar la indemnización del accidente (2).

**1914:** El diputado Luis Anderson Morúa presenta otro plan.

## La iniciativa de Turrialba

En la década de los 20, en la ciudad de Turrialba, se intenta una experiencia que ayuda a sentar bases para la evolución del Seguro Social y como una manifestación del no

reconocimiento estatal a los problemas sociales y, sobre todo, a la necesidad de una mejor atención médica.

Por acción del Consejo Municipal, con apoyo de los finqueros de la región, se estableció un sistema de atención médica mediante el pago de un impuesto local, en donde los trabajadores pagarían un 3% de su salario y los patronos un 2%.

Estos aportes se utilizarían *"Exclusivamente para el mantenimiento de un buen servicio de atención médica y el establecimiento de una farmacia completa para atender, sin costo alguno, a los contribuyentes* y *sus familias.*

*El superavit sería empleado para montar un hospital. Finalmente, el impuesto seria deducido semanalmente* y *administrado por una Junta de Caridad que tendría a su cargo la supervisión de todo el programa"* (11). Con estas acciones se dio el ejemplo de cómo una organización podía mejorar la situación de los trabajadores, tal corno es uno de los fines de la seguridad social y, por otro lado, era la gestación del Hospital William Allen de Turrialba.

**Julio 1921:** El diputado Matamoros presenta su proyecto denominado "Ley de accidentes de trabajo y creación del fondo de indemnizaciones". No fue acogido al final (2).

**1923:** La corriente del Partido Reformista, establecido por la acción política de Jorge Volio, hace que se apruebe una Ley que crea el Banco de Seguros, institución que se encargaba de cubrir los riesgos de accidentes y enfermedades ligadas al trabajo.

**1927:** Se aprobó por parte del Congreso de la República, la creación del Ministerio de Salubridad y Protección Social, dando muestras así, el estado, de formular políticas dirigidas a la protección ciudadana, mediante el Código Sanitario, en el que se formulan campañas preventivas de enfermedades infectocontagiosas, tales corno la "Luchas" corno son la antivenérea, antituberculosa, antiparasitaria, y muchas otras más (15).

**1929:** Después de las acciones de Jorge Volio, se inicia de una manera definida la participación del Partido Comunista. Este era jefeado por un abogado, Manuel Mora Valverde (a quien el país en muchos aspectos, le debe mucho).

El partido nació con el grupo Asociación Revolucionaria Costarricense (ARCO), siendo luego ya el Partido Comunista

el que actuaba dos años después del nacimiento de ARCO.

El Partido Comunista elaboró el llamado "Programa Mínimo", el cual fundamentalmente pedía: "Un seguro social patrocinado por el Estado, protección a la infancia mediante legislación específica y la igualdad de derechos y salarios para las mujeres. Pedía, asimismo, programas de salud e higiene *"efectivos"*, incluyendo en ellos la construcción de nuevos hospitales y maternidades" (11).

En el año 32 fue reelecto don Ricardo Jiménez, y entre sus oponentes estaba don Max Koberg, quien anteriormente había propuesto un plan en el que: El Seguro Social debía promulgarse como un "derecho" que había sido "ganado" por los ciudadanos del trabajo" (11). Don Max trabajó por encargo de don Cleto González Víquez. Este planteaba la necesidad de pasar de un "gobierno policial a un gobierno paternalista" (8). Este plan fue en realidad otro intento de reforma de la época, originado en el gobierno de González Víquez, que fue aprobado en 1928. Pero la crisis de esos momentos que precedían a la gran guerra que, quiérase o no afectó mucho a Costa Rica, unida a la falta de voluntad política, poca presión obrera en apoyo a esa idea y sin la ayuda de un sistema administrativo que lo pusiera en práctica, terminaron en que se quedara nada más que en los archivos.

## La década del 40

Las leyes de carácter social emitidas en el 42 y 43, tienen como explicación, que son el resultado de un proceso de la historia de una cantidad de luchas sociales que venían desde el siglo XIX. Asimismo era una serie de pensamientos de políticos, de proyectos reformistas y al mismo tiempo de un cambio de orientación de los diferentes gobiernos.

Dice J. M. Salazar (8) lo siguiente: *"Paralelamente, es necesario ubicar el origen de esta legislación social, en el fenómeno de crisis del modelo político que representaba el Estado liberal-oligárquico;* y *en la crisis del modelo económico agroexportador, por lo que la burguesía nacional tuvo que intervenir por medio del estado, para emitir algunas reformas sociales,* y *así garantizar su dominación de clase"*.

El Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, hijo de médico y nacido en 1900, fue el protagonista para determinar la existencia de un trastorno social y lo importante de resolverlo.

Respecto a esto anota Rosenberg: *"Ambos (se refiere al Dr. Calderón Muñoz* y *Calderón Guardia), se vieron sometidos a la influencia de La Doctrina Social Católica* y *Rafael Angel fue enviado a Europa, a estudiar medicina, a principios de la década del 1920. Ahí estableció el joven Calderón su primer contacto con las doctrinas marxistas radicales.* Y *lo que es más importante, quizá, comenzó a estudiar la reforma social católica con el antiguo maestro de Jorge Volio, el famoso Cardenal Mercier, de Bélgica"* (11).

Década de los treinta. El mundo se volvió a agitar en otro conflicto bélico, que llevó a los años de 1939 a 1945 a la Segunda Guerra Mundial, en donde se enfrentaron los países capitalistas y la Unión Soviética contra los países denominados "del eje": Alemania, Japón e Italia. Costa Rica por supuesto se vio afectada, ya que la mayor parte de su café iba a Alemania y a Inglaterra, países que destinaban en esos momentos todos sus recursos al conflicto bélico. Esa crisis fiscal de grandes proporciones obligó al gobierno costarricense a recurrir a préstamos importantes de los Estados Unidos, aumentando las importaciones de ese país, produciendo una balanza muy desfavorable (8). Hubo lógicamente una serie de luchas sociales en pro de reformas populares, luchando contra la burguesía y al gobierno le tocó actuar de mediador. Los proyectos reformistas también fueron objeto de cambio en la década entre el 30 y 40, en diferentes países de Latinoamérica: Perón en Argentina y Getulio Vargas en Brazil (8).

En su estudio en Europa,-anota Rosenberg,-el Dr. Calderón conoció a dos compatriotas que estudiaban en Europa también, a don Mario Luján, atendiendo medicina y sociología, y a don Guillermo Padilla Castro estudiando derecho. Como dice el autor mencionado: *"fue allí donde Calderón Guardia combinó sus estudios médicos con los de la teoría de la reforma social* y *su aplicación práctica."* (11)

De manera hábil y astuta Calderón Guardia se compenetró en la sociedad costarricense, tanto por su labor en el campo profesional, como por su actitud hacia los pobres, a quienes daba medicina y atendía gratuitamente. Además, se unió en amistad con un miembro del clero costarricense, conocido por su orientación reformista, apoyo importante en el triunfo electoral del doctor Calderón Guardia.

Alcanzó la presidencia con un triunfo arrollador y

rápidamente empezó a desarrollar su política social mediante la intervención del estado. En todo esto, como era lógico de esperar, la Iglesia, con Monseñor Sanabria, estaba a su lado y jugó un importante papel haciendo legítima la participación de la Iglesia en la reforma social.

Creo que don Jorge M. Salazar resume de una manera muy clara como fue el momento y la forma en que el Dr. Calderón Guardia dio los pasos para toda esa reforma social en nuestro país. Y anotó lo que sigue: Así, como gobernante, comprendió que debía escoger entre "seguir atendiendo los intereses creados en el injusto trato dado a las clases trabajadoras", o bien, *"cumplir con sus ideales de mayor justicia en la vida nacional"* (15). En definitiva, el Presidente Calderón Guardia, ante la coyuntura de crisis económica, por las presiones y luchas sociales, especialmente de los obreros sindicalizados, y por sus ideas social cristianas, optó por apoyar y aprobar una serie de leyes sociales, básicamente la creación de la Universidad de Costa Rica (1941), las Garantías Sociales (1942), y el Código de Trabajo (1943), por lo cual ha pasado a la historia como el *"Reformador Social de Costa Rica"* (8).

## La Caja Costarricense de Seguro Social

El primero de noviembre de 1941 se estableció, por ley denominada "Ley constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social". La idea de establecer los seguros sociales era una de las metas del presidente Calderón: Envió al Dr. Guillermo Padilla a Chile para conocer la experiencia de ese país, que ya tenía casi veinte años de experiencia en esas lides; además le colaboraron (8) don Oscar Barahona Strever, don Ernesto Martín Carranza y don Walter Dittel. El Dr. Padilla redactó los respectivos reglamentos.

En Agosto de 1943 se redactó un proyecto de reforma a la Caja, en donde fundamentalmente se recomendaba la autonomía. Dos meses después esta fue sancionada quedando así como institución autónoma; aumentó el tope de ¢ 300 a ¢ 400; y además empezó a disfrutar de su capacidad de dictar sus propios reglamentos; esto generó mayor autonomía, una mayor cobertura y más libertad de acción.

Los seguros sociales, con su institución administrativa, llegó a llenar un gran vacío de ayuda social y, además, a

establecer mayor legislación en las acciones de la salud y asimismo en la seguridad ciudadana, teniendo como base el núcleo familiar. Esto quiere decir que se llegó a tener una política de tipo social que determinara que el Estado, el obrero y el patrono, estuvieran unidos por una fórmula que, al unir esfuerzos, les permitiera atacar situaciones como la seguridad familiar y los problemas de salud, estructurando éstos, cual ha sido uno de los grandes pilares de la paz social de Costa Rica.

## Una primera reacción hacia la Caja

La década del 40 fue una época de gran actividad y convulsión social en Costa Rica. Desde el punto de vista de la profesión médica, ésta fue muy poco participada, pues en la gestación "la manejaron" tres personas: un doctor en derecho, el Sr. Padilla Castro y el Dr. Calderón Guardia, con el Dr. Mario Luján, quienes asumieron la representación del gremio profesional con afectación más sensible en esos momentos. ¿Fue un acto impremeditado? ¿Fue una audacia con sus consecuencias médicas? Son preguntas de difícil respuesta; pero hay un hecho claro: los profesionales médicos formaron un grupo de tipo gremial en 1944, denominado la Unión Médica Nacional (U.M.N.). Dos años después de fundada, en 1946, se gesta el primer movimiento sindical fuerte, con enorme presión para la Caja, tanto que como veremos más adelante esta cedió a las aspiraciones de los profesionales; pero también se sucedió como un preludio a las convulsiones políticas de la época que en el 48 irían a terminar en una guerra civil en Costa Rica.

Recordemos que en las elecciones del 44,el Dr. Teodoro Picado M. fue designado y electo Presidente de la República. Triunfó en medio de una discutida situación alrededor del sufragio, pero ése no es el tema de esta revisión.

Sí era clara la notoria injerencia en la presidencia del grupo comunista jefeado por don Manuel Mora (17).

La Caja tomó la decisión de aumentar los topes de ¢ 300 a ¢ 400 sin hablar o consultar con grupos de importancia y mucho menos con el cuerpo médico. Además, la cobertura del año 46 era de 47.192 asegurados (17), pero aun así, se continuaba con la idea de la ruptura de topes a una cifra mayor.

La Unión Médica Nacional, cuyo primer presidente era el Dr. Antonio Peña Chavarría, director de la mayor institución de asistencia pública del país y uno de los líderes de la oposición política. Negoció con la Caja y se comprometió a no interferir con los médicos que trabajaran para esta institución, pero además, se tenía claro que uno de sus objetivos era: *"...para defender a sus afiliados de la acción absorbente de las instituciones, en la vía de la asistencia médica estatal, ..."* (17).

Mark Rosenberg transcribe los comunicados que reflejaron bien el sentimiento de la crisis que se iría a desarrollar por el cuerpo médico y que fueron los siguientes: *"La Unión Médica Nacional considera perjudicial para el desarrollo de las actividades médicas profesionales y perjudicial para su futuro, la extensión del seguro de salud por encima del limite actual de salarios, el cual debe mantenerse hasta tanto no sea cubierta toda la población que lo necesita."* (18)

El otro comunicado del Dr. Peña fue que: *"Si el seguro social llega hasta estos últimos -los salarios de ¢ 1.000-, los médicos se convertirán en simples empleados."* (11)

Hubo muchas reuniones e intentos de conciliar, pero la posición médica era cada vez más firme, tanto que el propio presidente de la Junta Directiva de la Caja, que era médico-el Dr. Cordero Quirós-, apoyó al movimiento profesional dando como inminente su renuncia; así mismo, el Dr. Quesada, director del Hospital del Seguro, también ofreció su renuncia. Se insistió en negociaciones pero los médicos "se plantaron" y no cedieron en sus puntos hasta que el 6 de junio de 1946 se vino la huelga (11). La Caja no tuvo otra alternativa que ceder, no aumentar los topes a más de ¢ 400; los médicos volvieron al trabajo con la tesis de que el seguro social se extendiera a cubrir los trabajadores más pobres, lo cual no dejó de ser razonable. Esta situación, estando la Caja en cobertura por los doce años siguientes, por supuesto dejó cicatrices con el cuerpo médico nacional, que han sido difíciles de superar a lo largo del tiempo.

Con este antecedente, se presentó en el país una de sus crisis más agudas: la revolución del 48, precedida de la huelga médica y la de "brazos caídos", la cual culminó con el derrocamiento del gobierno de Picado y con la instalación de una Junta Revolucionaria de Gobierno, presidida por José

Figueres Ferrer, que luego iría a ser la denominada Junta Fundadora de la Segunda República.

Uno de los acuerdos fue derogar la Constitución Política vigente, exceptuando lo referente a las garantías sociales (3).

Se integra la nueva constituyente del 49 y dentro de lo que se discute aparece por supuesto el seguro social. Se le dio mucho pensamiento y discusión, y se intentaron gran cantidad de modificaciones; pero se puede concluir que la redacción de ésta, con variantes sobre todo de forma, quedó de una manera fundamental con la redacción del 43.

De todas maneras, lo que creo que cabe es la ratificación del concepto de que nada tiene más fuerza que la idea cuando le llega su época. Así ha sido en Costa Rica: la idea se plasmó, se cambia la ideología política del país y esos logros son reforzados de una manera muy nacional para que el Seguro Social sea uno de los pilares básicos de la paz y de la salud del costarricense.

## La atención médica

En la historia, el analizarse lo que ha ocurrido en la manera de enfermar o morir, es una forma de mostrar el avance de la medicina en un país. Los hechos médicos dignos de resaltar son los que marcan los jalones que indican el progreso. Y ese progreso de la medicina costarricense significaba un esfuerzo integral del país a través de su historia, y el sitial en que nos encontramos ha sido por la evocación y dedicación que en beneficio de las comunidades han mostrado muchas generaciones de ciudadanos. Los primeros hechos históricos nos muestran el severo grado de abandono en que estaba el territorio costarricense. En el "juicio de residencia", seguido al Gobernador Lorenzo Antonio de Granda y Balbín, fallecido en 1712, se anota en parte del documento que: *"La mujer que se anuncia como caritativa le asistía en los graves achaques que padeció el dicho gobernador, a quien la citada le hacía algunos remedios mediante el no haber (como no hay) en esta provincia el recurso de médicos* y *botica* y *como es público, las mujeres en esta provincia son las que suplen en esta carencia de dicho recurso, las cuales lo ejercen por dicha necesidad* y *por ello estar libre de dicho cargo"* (18).

El inicio del ejercicio médico nacional, se realizó a expensas de médicos venidos del extranjero, y que con su

trabajo no satisfacían las necesidades de atención, en las que se mezclaba el pensamiento mágico y el curanderismo, que luchaban contra el producto de la falta de higiene y cultura.

Pasa alrededor de siglo y medio cuando por primera vez se organiza una campaña sanitaria contra la rabia. En 1735 se reconoce la lepra en Costa Rica y tiene que pasar otro medio siglo para que se funde un centro que concentre a esos enfermos.

En otro largo período de más de 150 años, se llega a establecer una cantidad de medidas como decretos reales y leyes que terminan con la emisión del primer código sanitario. En 1923 se emite la ley de Protección Pública y posteriormente, como ya se había mencionado, se crea la Secretaría de Salud que luego iría a ser el actual Ministerio de Salubridad Pública, siendo el primero de los ministros, el Dr. Solón Núñez Frutos.

Así hay derroteros nuevos en el país, pues se delinea la Salud Preventiva e Higiene públicas; siendo dentro de las más destacadas: la campaña antimalárica, la salud rural y comunitaria, la obligatoriedad del certificado de defunción, las "Luchas" que todavía persisten algunas y que de una manera muy objetiva fueron mostrando el "perfil patológico" del país y las conductas asumidas.

Se crean centros de atención médica como el Hospital San Juan de Dios-hoy declarado Institución Benemérita-, con sus diferentes etapas. Se da también la creación de otros hospitales como el de Puntarenas para combatir las "fiebres y calenturas", los hospitales de Cartago, Liberia, Heredia y muchos otros más que, junto con los más recientes como el Hospital México y el CENARE, terminan integrando la red nacional hospitalaria, que cuenta actualmente con 29 centros de atención de ese tipo, más las clínicas de consulta externa y todos los otros centros de atención ambulatoria, que han llegado hasta los promotores de salud como puntas de lanza en la ofensiva de la atención de la salud, que nos han dado los logros con que goza el país en esa materia.

El sistema hospitalario ha tenido su evolución, pues, de ser lugares para ir a morir, fueron cambiando y ampliándose de acuerdo con la patología nacional, resolviendo los problemas que se presentaron.

Se pasó de tener salones para enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis y parasitarias, hasta llegar a ser centros de gran concentración tecnológica y de

una enorme riqueza humana.

Además, ha habido "momentos estelares", como anotó el Dr. Rodrigo Cordero Zúñiga (19) tales como la creación del Ministerio Salubridad Pública, la Junta de Protección Social, la Caja Costarricense de Seguro Social, la fundación de la Escuela de Medicina, la creación del Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados.

El tema es apasionante e interminable, cada uno de los aspectos mencionados someramente en esta presentación es motivo de grandes análisis y estudios, pero nos llevaría tiempo lograrlo y creo que no soy el indicado para hacerlo todo. Mi intención ha sido la de mostrar un panorama hasta cierta época del desarrollo de la seguridad social. El no concluir despierta la intriga de criticar algo que puede ser incompleto, pero también despierta y estimula a que alguien más escriba lo que falta o lo que sigue; ojalá que estas líneas generen algo más.

Termino transcribiendo frases inolvidables de un trabajador de la Caja, que dejó su huella indeleble en este mundo: *Jorge Debravo.*

## Hoy he encontrado a un hombre caminando

***Hoy, he encontrado a un hombre caminando!***
***Sin apoyarse en nadie, caminando.***
***Sin que hubiese camino, caminando.***
***Como si todo lo llamase, caminando.***
***Como si no quisiese llegar tarde.***
***Caminando.***

***Su mirada tenía forma de corazón,*** **y**
***adentro de sus ojos se veía***
***un mundo***
***caminando.***

***Aunque parezca absurdo e increíble,***
***hoy he encontrado a un hombre caminando.***
***Sin mirar la distancia, caminando.***
***Sin pedir compañero, caminando.***
***Sin apoyarse en nadie, caminando.***
***Sin que hubiese camino, caminando.***

# Bibliografía


1) **Organización de las Naciones Unidas**
**Declaración Universal de los Derechos del Hombre París, 1948-Artículos 23 y 25.**

2) **La Seguridad Social a nivel Constitucional Seminario de graduación para optar el título del Licenciado en Derecho**
**María Vanesa Amador Soto. Ileana Isabel Sánchez Navarro.**
**Universidad de Costa Rica. Facultad de Derecho**
**1991-tomo I.**

3) **Iden Tomo II**

4) **Nuestra Historia. Fascículo 9**
**Evolución Histórica de la población de C.R. 1840-1940**
**Edwin González Salas**
**EUNED, San José, Costa Rica. 1991**

5) **Revista de Costa Rica en el siglo XIX**
**Dirigida y administrada por don Juan Fernández Ferraz,**
**Imprenta Nacional**
**Julio 31 de 1902**

6) **El Orden Caníbal**
**Vida y muerte de la medicina**
**Jaques Attali-Edit. Planeta**

7) **Antecedentes de la Seguridad Social en Costa Rica Dra. Yalena de la Cruz**
**Diario La República. Dic. 24-1992**

8) **La Legislación Social en Costa Rica**
**Antecedentes, Promulgación, Significado y rasgos de su**
**Jorge Mario Salazar, Seto 1983. Obra inédita**

9) **Revista del Archivo Nacional**
**La municipalidad de San José en la formación del estado de Costa Rica. (1814-1841)**

10) **Alfredo González Flores**
**Políticas de Seguros y Banca 1910-1917**
**Bernardo Villalobos Vega**
**Edit. Costa Rica 1980**

11) **La lucha por el Seguro Social en Costa Rica**
**Mark Rosenberg**
**Edit. Costa Rica 1980**

12) **Primer Curso de Adiestramiento sobre principios de administración, organización y funcionamiento de la Institución C.C.S.S. Instructor: Lic. Carlos M. Campos. Agosto 1968**

13) **La universalización de los seguros sociales en Costa Rica (algunos aspectos) Virginia Echeverría y Cols. U.C.R. Cátedra de Historia 1975**

14) **La Historia**
**Arnold Toynbee**
**Edit. Noguer, Barcelona-1975**

15) **Foro de Salud y Desarrollo**
**Ajuste estructural y bienestar social en la crisis**
**Resumen ejecutivo. C.C.S.S. Marzo 1991**

16) **Conferencia Inédita. La medicina social, su origen y significado. Dr. Hernán Vargas. U.C.R. 1988**

17) **Los Médicos: un grupo de presión**
**Análisis Socio Político**
**Alvaro Víquez Núnez-Jorge R. Fallas G.-Tesis de grado Ciudad Universitaria Rodrigo Facio**
**Facultad de Ciencias Sociales-Facultad de Ciencias Políticas**

18) **La Medicina en Costa Rica hasta 1900**
**Dr. Edgar Cabezas S.**
**EDNASSS 1990**

19) **Conferencia Magistral. Inaguración Congreso Médico Nacional Nov.1992-Dr. Edgar Cabezas S.**

20) **El proceso Evolutivo de la medicina (donde se comenta el trabajo del Dr. Rodrigo Cordero Zúñiga y Cols.: Aspectos Cambiantes de la Patología Nacional).**

# El papel de la Organización Panamericana de la Salud y su relación con la Caja Costarricense de Seguro Social

Raúl Penna Melo

# El papel de la O.P.S.

Históricamente la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.\ O.M.S.) a Costa Rica se ha caracterizado por acompañar los principales procesos de desarrollo de la salud y de sus instituciones; todo ello bajo un marco de total compromiso.

A medida que el concepto de salud ha ido evolucionando, lo han hecho también las formas y la amplitud de esta cooperación al país.

Del apoyo al control de algunas enfermedades, se pasó a apoyar la extensión de las coberturas, la administración de los servicios, la articulación sectorial y la rectoría de la salud como producto social.

La colaboración con la C.C.S.S. es relativamente nueva. Antes de 1980 sólo se participó puntualmente en el traspaso de hospitales a la institución, en mejorar los registros médicos y en algunos aspectos de la administración hospitalaria.

De allí que es en el período de 1980 a 1982 que se profundizan las relaciones entre la C.C.S.S. y la O.P.S. A partir de entonces mejora sustancialmente el conocimiento mutuo y el establecimiento de canales de comunicación técnica que favorecieron a ambas partes. Cabe recordar que la O.P.S. no tenía "cultura" sobre seguros sociales y que ese conocimiento se inicia en esos años, produciendo una interesante polémica entre los que opinaban que no deberíamos incursionar en los seguros sociales y los que, visionariamente, veían en estas instituciones gran parte del futuro de la salud de América. Incluso el Director de la Organización intervino y orientó favorablemente la discusión.

Tampoco fueron fáciles las negociaciones dentro del Ministerio de Salud, acostumbrado éste a ser el depositario de todo el apoyo que la O.P.S. pudiera ofrecer. Aún hoy día sigue siendo necesario retomar esas negociaciones.

Dentro de la C.C.S.S. tampoco fue fácil el inicio de esta relación, pues a la falta de experiencia de la O.P.S. en materia de seguros sociales, se añadía la costumbre de la Institución de relacionarse técnicamente con la O.I.T., lo que no facilitó precisamente los primeros pasos estructurados de esta relación. Se requirió también acá la intervención del más alto nivel, en

las figuras del entonces Presidente Ejecutivo, Dr. Alvaro Fernández, del Gerente y Subgerente Médicos, Dr. Jorge Walter Bolaños y del Dr. Carlos Castro Charpentier.

Representativo de la evolución en el enfoque de la cooperación es el hecho de que en 1980 se solicita de la O.P.S. en el desarrollo del área de información biomédica y cómputo. Al analizar esta solicitud se deduce con la Gerencia Médica que, para desarrollar un sistema de información, primero se debe definir el área administrativa a la cual servirá, y que para hacer esto será necesario un plan global de desarrollo que justifique un proyecto de cooperación.

Pasamos así, de la improvisación puntual en la mejora de sistemas aislados a la planificación tanto institucional como de la cooperación técnica, en respuesta a ese proceso.

Este es un paso fundamental en las relaciones C.C.S.S-O.P.S., desarrolladas siempre en forma provechosa para ambas partes. Consecuentemente, se conformó un "Grupo Nuclear" a nivel de la Representación, con apoyo de recursos subregionales y funcionarios de la C.C.S.S. También se diseño una metodología participativa de análisis institucional.

Aceptada la metodología por la C.C.S.S., se elaboró un plan de trabajo y se conformaron los grupos de análisis, en los que participaron más de 160 funcionarios organizados en cuatro áreas:

1- **Desarrollo socio-económico nacional**, que estudió el contexto de la misión y funcionamiento de la C.C.S.S.
2- **Prestación de servicios**, que evaluó las áreas de responsabilidad, de productividad y de cobertura de los servicios prestados por la C.C.S.S. en sus dos regímenes.
3- **Infraestructura**, que cubrió las subáreas de organización, recursos humanos, físicos y financieros, y los sistemas de información, planificación y administración.
4- **Económico-financiera**, que analiz-o las políticas y prácticas de financiación, inversión y gasto de los regímenes de Invalidez, Vejez y Muerte, y de Enfermedad y Maternidad.

La experiencia de análisis integral y participativo en sí misma, independiente de las conclusiones resultantes, generó

algunos subproductos importantes, entre los cuales destacan:

- La profundización del conocimiento interdisciplinario de temas críticos de la institución, por parte de los funcionarios de la C.C.S.S.
- El inicio de la conformación de un conjunto de criterios para normalizar la organización y funcionamiento de la C.C.S.S.
- La concientización generalizada sobre las necesidades de cambio y desarrollo institucional.
- La validación de la capacidad de cooperación técnica de la O.P.S.

La crisis económica nacional vigente en el período fue un factor que aceleró y agravó la crisis financiera institucional. esta crisis se manifestaba para 1982 en un déficit del régimen de Enfermedad y Maternidad que era absorvido por un préstamo de los fondos de Invalidez, Vejez y Muerte; un agotamiento de las existencias de suministros; la cancelación de inversiones y la negativa de proveedores a vender a la institución, pues ésta no proyectaba confianza respecto a su capacidad de pago.

Ante la situación planteada en el período de 1982-1988, la nueva dirección de la C.C.S.S. reitera la solicitud de cooperación a la O.P.S. Nuestro apoyo se concentró, entonces, en la revisión de la práctica de ejecución presupuestaria.

De este modo se inició la implantación de un sistema de control presupuestario, que establecía el requisito de contar con una certificación de disponibilidad y de una reserva de fondos previo a la compra o contratación de bienes y servicios.

Esta medida, implantada con el decidido apoyo de la Presidencia Ejecutiva, representó a corto plazo un control institucional.

En ese momento la C.C.S.S. y la A.I.D. entran en negociaciones para formalizar una cooperación financiera, que facilitará un proceso de racionalización administrativa.

La O.P.S. se involucra plenamente en la formulación del respectivo proyecto de desarrollo administrativo acordado con la A.I.D.

Posteriormente, la O.P.S. asume el papel de agencia ejecutora del proyecto, por solicitud de las autoridades de la

C.C.S.S., cuyo criterio es compartido por la oficina local de la A.I.D.

Lo anterior debido fundamentalmente a dos cosas: la intervención positiva de la O.P.S. en la implantación del control presupuestario, y la credibilidad adquirida por la Organización durante el proceso de cooperación brindado a la C.C.S.S. para la formulación y negociación de la cooperación financiera de la A.I.D.

La O.P.S. asumió, entonces, la responsabilidad de ejecutar los componentes para los cuales tenía competencia y renunció a dos componentes sobre los cuales no sentíamos suficiencia técnica: Inversión de los fondos de Invalidez, Vejez y Muerte y Cobro de Aportaciones. De este modo se hizo el convenio entre C.C.S.S.- O.P.S.- A.I.D., para la ejecución del proyecto de cooperación técnica en desarrollo administrativo de la C.C.S.S., que cubría los siguientes componentes:

**I.** Revisión del sistema presupuestario
**II.** Adecuación de la contabilidad institucional al concepto de contabilidad gubernamental
**III.** Desarrollo del Sistema de Suministros

En la ejecución del Proyecto convenido se hicieron importantes cambios en los siguientes términos:

- Establecimiento de un nuevo sistema de formulación, control y evaluación presupuestarios, en conexión con la programación operativa.
- Revisión del sistema de costos para cambiarlo al enfoque del PRRC (actualmente vigente).
- Separación de fondos y tratamiento contable específicos a los diferentes fondos: Invalidez, Vejez y Muerte- Enfermedad y Maternidad.
- Desarrollo integral del sistema de contabilidad gubernamental.
- Desarrollo del software y aportación del equipo para el nuevo sistema de contabilidad.
- Desarrollo integral del sistema de suministros.

A partir de 1990 se profundiza el proceso de Reforma del estado bajo los principios de regionalización,

sectorialización y participación. Se inician, con el apoyo de la O.P.S., estudios analíticos del sector y sus instituciones con miras a lograr una mayor eficacia y eficiencia de las mismas, que permitan profundizar en la justicia social -meta histórica costarricense-.

La O.P.S. participó en esta actividad junto con los equipos de la Caja y posteriormente en la formulación de los términos de referencia para el Desarrollo Institucional de esta entidad dentro de la nueva concepción del sector salud. Dichos términos de referencia se elaboraron como parte del Plan de Desarrollo Sectorial, que ha servido de base en la negociación financiera con el Banco Mundial para el desarrollo institucional de la C.C.S.S.

También durante 1990 se consolidó un proceso importante para la gerencia institucional bajo la coordinación de la Gerencia Médica, que incluso se proyectó a nivel nacional: el Sistema de Indicadores de Gestión.

A este Sistema se le agregó posteriormente una dimensión sanitaria y se produjo, por primera vez, la posibilidad de unir la eficiencia en función de la calidad.

Los trabajos en la búsqueda de una apertura programática común Caja-Ministerio culminaron en una propuesta que permitió cumplir las políticas presupuestarias que indican, entre otras cosas, la necesidad de preparar un presupuesto por proyecto.

La creación de las Gerencias Regionales facilitará la otra política presupuestaria en relación con la descentralización del presupuesto a nivel regional.

La O.P.S. también participó en la evaluación del convenio Ministerio de Salud-C.C.S.S. de gran importancia para la salud pública del país. Esta evaluación indicó la necesidad de modificar el convenio vigente, reafirmando que las atenciones de salud deben ser integrales y no divididas en preventivas y curativas, de acuerdo con cada institución. esta evaluación y el nuevo convenio resultante serán la piedra angular, desde el punto de vista conceptual, para la integración de los servicios de salud.

También se condujeron dos evaluaciones de los **SILOS**, fundamentales para indicar las necesidades de desarrollo institucional que les otorgue la necesaria factibilidad administrativa y que serán elementos importantes para la construcción del futuro modelo de servicios de salud del país, como parte del proyecto que financiará el B.I.D.

En el ámbito centroamericano se apoyó a la C.C.S.S. en su liderazgo regional para la tranasformación de la AISSCAP, considerada poco operativa en el Consejo Centroamericano de Instituciones de Seguridad Social (COCISS), organismo ágil y de importante proyección política y técnica. Producto del beneficio de tales transformaciones, el COCISS es reconocido luego por los Presidentes Centroamericanos. La inserción funcional y con propuestas propias de los seguros sociales de Centroamérica en la RESSCA, es otra de las consecuencias del liderazgo costarricense y de la creación del COSISS.

Estas relaciones entre la C.C.S.S. y la O.P.S. son ejemplares por su evolución permanente, por el mutuo beneficio que generaron y por el camino que marcan a nivel continental.

La visión, constancia y confianza mutua de los dirigentes de la Caja y de los técnicos de la O.P.S. han abierto un amplio y prometedor camino que redundará, a no dudarlo, en beneficio de los pueblos de América Latina.

No puede ser de otra manera, ya que los principios de igualdad, solidaridad y equidad rigen a ambos organismos, y la búsqueda de la justicia social es su objetivo común.

Se agradece la colaboración del Lic. José María Marín,
del Dr. Hugo Villegas, del Ing. Diego Victoria
y del Dr. Oscar Ricardo Fallas.

# El reto de la cobertura

Dr. Luis Asís B.
Licda. Marielos Piedra G.

Medio siglo después de haberse creado el Seguro Social en Costa Rica, se ha llegado a un nivel de cobertura admirablemente satisfactorio, casi universal, en la atención de los servicios de salud.

La extensión de la cobertura ha sido uno de los factores de mayor importancia en la Institución; hoy se constituye en un logro sustantivo en el campo de la seguridad social costarricense y se considera como un paradigma para el resto de América Latina.

La rápida expansión que se ha alcanzado es el producto de la decisión política, mediante la cual se otorgó la más alta prioridad al incremento de la cobertura de salud. Para su amplitud se crearon varios factores estructurales y legales, a través de la Constitución Política, su Ley Constitutiva, leyes específicas y convenios, que sirvieron de eje principal para establecer:

-la prioridad y obligatoriedad de ingreso al sistema por parte de los trabajadores y sus familiares, y

-la protección por parte de la Caja a la población contra los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte y otras contingencias.

Estos instrumentos se dieron como un proceso en forma cronológica, los cuales evidenciaron, además del consenso político, el interés del país en dotar de un marco jurídico adecuado, que buscaba el desarrollo integral del Sector Salud y que, como consecuencia de ello, permitió ampliar el nivel de cobertura de la población a los servicios de salud. A este análisis hace referencia el siguiente esquema, que contiene los factores estructurales y legales más relevantes en el desarrollo de la cobertura de la Caja Costarricense de Seguro Social.

## Análisis de los factores estructurales y legales que contribuyeron al aumento de la cobertura

Es a partir de finales de 1942 que inició esta protección, en las cabeceras de las provincias de San José, Alajuela, Cartago y Heredia con la modalidad de ser universal para trabajadores asalariados e independientes del sector público y privado, cuyos ingresos no sobrepasaban los 3.000 colones anuales, bajo el sistema de contribución tripartita por parte de asegurados, patronos y estado.

Posteriormente, en 1956, se produce una modificación al reglamento de Enfermedad y Maternidad, la que introduce el novedoso concepto de cobertura del seguro familiar, para los familiares del asegurado directo.

Cinco años después, en 1961, se produce una adición a la Constitución Política, introduciéndose el transitorio al artículo 177, párrafo 3º. Esta disposición instituye la obligatoriedad de extender progresivamente el Seguro de Enfermedad y Maternidad a grupos hasta entonces no cubiertos, como eran los trabajadores manuales, intelectuales, independientes y la población en condiciones de indigencia, mediante un proceso de universalización del Seguro Social, en un período prefijado de diez años. Es así como este acontecimiento se constituye en el eje central, para transformar el Seguro Social en un Sistema de Seguridad Social.

Con el fin de dar cumplimiento al anterior precepto constitucional de universalizar el régimen de Enfermedad y Maternidad, se desarrolló entre 1971 y 1974 el primer Plan Nacional de Salud; el que posteriormente se cumplió hasta el año 1980, cuyos objetivos básicos eran la creación de un sistema único e integrado de salud y la extensión de la cobertura a nivel nacional por parte del Ministerio de Salud y la Caja.

Por otra parte, también reafirmaron las bases legales del proceso de universalización de la Seguridad Social, la Ley Gen-eral de Salud (1973), la Ley de Traspaso Hospitalario (1973) y la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (1974).

Igualmente se promulga la Ley General de Salud No. 5395, del 30 de octubre de 1973, que tiene por objetivo regular las actividades de las empresas e individuos que participan en el campo de la salud y cuyo contenido es de orden normativo-obligatorio para los prestatarios de los servicios.

Por su parte, la Ley 5349 (setiembre de 1973) para el Traspaso de Hospitales permitió dar un paso importante en materia de extensión de la cobertura, mediante el traspaso de las instituciones médico-asistenciales en manos de instituciones de asistencia social a la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.). El hecho de asumir la Caja la administración de estos centros, constituyó un insumo necesario para instrumentar además la Ley de Universalización anterior e incorporar la población de escasos recursos al Seguro Social

en calidad de asegurados por cuenta del Estado.

En este caso, la C.C.S.S. se comprometió a prestar asistencia médico-hospitalaria a la población no asegurada incapaz de sufragar los gastos de servicios médicos. Para ello se dotó a la Institución de las rentas específicas necesarias.

Simultáneamente, la C.C.S.S. inició distintas tareas de modernización de instalaciones hospitalarias, construcción de nuevos hospitales y centros de salud para ampliar la capacidad de los servicios, formación de mayores recursos humanos y prestación de servicios de salud a la población de escasos recursos, que progresivamente se incorporaron al sistema de seguridad social en calidad de asegurados por el Estado.

Posteriormente, en el año 1974, mediante la Ley No. 5662 de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, se creó el régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico, con el propósito de brindarle protección, por medio del otorgamiento de pensiones no contributivas y servicios de salud, a personas indigentes con ciertas caracterìsticas, que no podían obtener los beneficios de alguno de los regímenes contributivos de pensiones existentes en el país. Este nuevo programa vino también a significar un importante aporte en lo que concierne a la extensión de la cobertura del Seguro de Enfermedad y Maternidad.

Este proceso amplió la cobertura, permitiendo que grupos sociales como pensionados, sectores profesionales, artesanos, agrícolas, industriales y de cualquier tipo de explotación, pudieran acogerse en forma colectiva e individualmente al seguro.

En cumplimiento al Plan Nacional de Salud de la década 1970-1980, se emprendió la extensión de la cobertura de los servicios de salud, a las poblaciones marginadas de los medios rural y periurbano, desarrollando actividades preventivas, atención ambulatoria y mejoramiento del ambiente mediante un sistema único e integrado de salud (Ministerio de Salud-C.C.S.S.).

Partiendo de esta necesidad de continuar progresando, tanto en extensión territorial como en cobertura poblacional, se inició a partir de la década de los ochenta el proceso de integración de servicios entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el ministerio de Salud.

La articulación de los servicios se ha logrado

paulatinamente, a través de la firma de varios convenios, que han conservado su carácter de instrumentos normativos que tienen, entre otros propósitos, garantizar la atención universal de la salud a toda la población costarricense, hacer efectivo su derecho a recibir servicios integrales de salud en los establecimientos del Ministerio y la C.C.S.S. y consolidar en última instancia el Sistema Nacional de Salud.

Todo lo señalado anteriormente, refleja un hecho fundamental: treinta años después de declarado el citado mandato constitucional, los servicios de salud se encuentran disponibles para la totalidad de la población nacional, con un 100% de población beneficiaria, ya que, en concordancia con la legislación mencionada, el Sector Salud otorga prestaciones de salud de carácter integral a toda la población, dondequiera que se encuentre y cualquiera que sea su condición económica y social.

A esta fecha, la cobertura de población asegurada es cercana al 85%, o sea, la proporción de la población compuesta por los asegurados directos cotizantes, los pensionados, los familiares dependientes de asegurados directos y los asegurados por cuenta del Estado.

Nos queda todavía un 15% aproximadamente de la población con capacidad de pago que no cotiza para el sistema, grupo que debería ingresar como contribuyente directo, conforme se estipula legalmente.

Al estar la C.C.S.S. obligada a prestar servicios a toda la población, cualquiera que fuese su condición, la población beneficaria en términos absolutos que tiene derecho a recibir los servicios de salud asciende a 3,1 millones de costarricense, de los cuales se encuentran en calidad de asegurados, aproximadamente 2,7 millones, para una cobertura actual del seguro de Enfermedad y Maternidad de un 84,5% registrada a Julio de 1992.

Del total de población asegurada, el 24,8% son trabajadores activos que cotizan directamente, por cuenta propia o a través de convenios para el régimen de Enfermedad y Maternidad; el 4,8% son pensionados de los diferentes sistemas de pensiones; el 45,4% son familias dependientes de los asegurados directos y de los pensionados y, finalmente, el 9,43% son asegurados por cuenta del Estado, considerados como población marginada económicamente, sin capacidad de

pago.

El restante 15,5% que no cotiza con relativa capacidad de pago, casi medio millón de personas no aseguradas, tienen derecho a disfrutar de los servicios de atención médica mediante pago directo según el costo de la atención recibida, en las mismas condiciones que un asegurado; con este segmento de la población estaríamos cubriendo la totalidad de los costarricenses.

**Cuadro 1.** Caja Costarricense de Seguro Social
Seguro de Enfermedad y Maternidad
Cobertura de Población
1992

| Población | Total | Relación Porcentual |
|---|---|---|
| **Población total** | **3.184.290** | **100%** |
| **Población asegurada** | **2.690.083** | **84,48%** |
| **Asegurados directos** | **790.759** | **24,80%** |
| Asalariados | 595.163 | 18,70% |
| Cuenta propia | 144.891 | 4,55% |
| Por convenios | 50.705 | 1,60% |
| **Asegurados familiares** | **1.746.776** | **54,85%** |
| Dependientes asalariados | 1.344.290 | 42,21% |
| Dependientes cuenta estado | 300.279 | 9,43% |
| Dependientes pensionados | 102.207 | 3,21% |
| **Pensionados** | **152.548** | **4,79%** |
| Cobertura Régimen I.V.M.(*) | 74.760 | 2,34% |
| Cobertura Régimen no Cont. Pens. Monto Básico | 49.761 | 1,56% |
| Regímenes espec. de pensiones | 28.027 | 0,88% |
| **Población no asegurada** | **494.207** | **15,52%** |

* IVM = Pensionados del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte

**FUENTE: Dirección Técnica Actuarial y de Planificación Nacional.**

Respecto a la población no asegurada que en total llega a 493.317 (Cuadro 2), se hace necesario mencionar, que aun cuando esta población no califica como asegurada, puede acudir a recibir los servicios de salud que presta la CCSS, pagando su costo, en vista de que posee buena condición económica, según clasificación que le hace a este grupo poblacional la Encuesta de Hogares para Propósitos Múltiples, de Julio de 1992, que puede apreciarse en el Cuadro 2, clasificada como "no pobre".

**Cuadro 2. Población Total de Costa Rica**
**Por nivel de pobreza, según condición social**
**1992**

| Tipo de asegurado | Total | Extrema Pobreza | | No satisface necesidades básicas | | No Pobre | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TOTAL | | TOTAL | | TOTAL | |
| | | ABSOL. | RELAT | ABSOL. | RELAT | ABSOL. | RELAT |
| **Total** | 3.184.290 | **376.138** | **11.8** | **382.678** | **12** | **2.422.403** | **76,2** |
| Directo Asalariado | 594.032 | 8.213 | 2 | 32.377 | 5 | 553.442 | 93 |
| Directo por Convenio | 50.497 | 9.020 | 18 | 6.693 | 13 | 34.784 | 69 |
| Directo por Cuenta propia | 144.587 | 16.706 | 12 | 15.909 | 11 | 111.972 | 77 |
| Por cuenta del Estado | 300.279 | 179.417 | 60 | 120.862 | 40 | -------- | --- |
| Familiar de Aseg. Direct. (*) | 1.343.752 | 118.566 | 10 | 182.689 | 13 | 1.042.497 | 77 |
| Pensionado Reg. No Contrib. | 49.761 | 19.088 | 38 | 6.554 | 14 | 24.119 | 48 |
| Pensionado CCSS y Regs. Especiales | 102.787 | 6.506 | 6 | 6.239 | 6 | 90.042 | 88 |
| Familiar Pensionado | 102.207 | 18.622 | 18 | 11.355 | 11 | 72.230 | 71 |
| No asegurado | 493.317 | -- | -- | -- | -- | 493.317 | 100 |

**FUENTE: C.C.S.S.,** Dirección Técnica Actuarial y de Planificación Institucional, con base en Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, 1992.
***Incluye los familiares de asegurados por cuenta propia**

Analizando este dato, desde el punto de vista social, es realmente reconfortante reconocer que apenas una minoría de un 15,5% de la población nacional no está cubierta por el

Seguro Social, representando ésta un 20% de la "población no pobre", con capacidad de pago en caso de necesitar de los servicios de salud.

Sin embargo, desde el punto de vista financiero, este dato no satisface del todo, ya que legalmente todo trabajador debe estar adscrito como contribuyente al sistema y sus familiares como derechohabientes. Por tanto, las acciones están orientándose a rescatar este segmento de población para que ingresen a los regímenes de la Caja conforme lo establece su Ley Constitutiva.

Sin embargo, a pesar de lo anterior, los grupos estereotipados como "pobres", sean los de extrema pobreza y los que no satisfacen siquiera sus necesidades básicas, que representan aproximadamente el 24% de la población nacional, se encuentran en su totalidad protegidos por nuestro régimen de Enfermedad y Maternidad.

## Etapas de desarrollo de la cobertura

El nivel de cobertura alcanzado hasta hoy, realmente representa los resultados de un proceso desarrollado a lo largo de 50 años de vida institucional.

Al analizar históricamente la evolución de la cobertura por quinquenios, las estadísticas disponibles coinciden en señalar durante ese lapso tres etapas de desarrollo de la cobertura, con características muy particulares cada una, que permiten distinguirlas de acuerdo con la perspectiva de la velocidad de los cambios de cobertura que acontecieron:

1. Es así como en la gráfica 1 se precisa la primera etapa, de 1944 a 1960, caracterizándola como una fase inicial de incremento de cobertura cuya velocidad de cambio osciló entre 2,4 y 3,5 puntos porcentuales, en el período señalado respectivamente, año en que se logró una cobertura acumulada del 15,4% de la población, porcentaje que se restringió a pequeños grupos del sector urbano.

2. Aunque el interés por incrementar el nivel de cobertura se manifestó desde la década de los años 40, entre 1960 y 1980 se dio un evidente crecimiento espectacular y constante de la cobertura de población en el Régimen de Enfermedad y Maternidad, influenciada por los factores estructurales que favorecieron el ingreso al sistema, en

especial la universalización del Seguro Social que termina de perfilar el sistema de Seguridad Social costarricense desde el punto de vista constitucional. En esta segunda etapa se llegó a cubrir con mucha rapidez y dinamismo el 76% de la población, cuya velocidad de cambio llegó a ser cinco veces mayor que en la primera etapa (o sea, mayor a 15 puntos porcentuales).

3. La tercera etapa, que se remonta de 1980 a la fecha, según se aprecia en el gráfico 2, ha mantenido un crecimiento sostenido pero ya en forma más moderada caracterizándose por cubrir grupos más vulnerables. En este período, la cobertura acumulada llegó hasta un 84,5% de la población. Es a partir de esta etapa que la cobertura continúa creciendo, a una velocidad menor por quinquenio, pero no menos importante, justificándose técnicamente su

**Grafico 1**
**Cobertura Total C.C.S.S.**
**Regimen Enfermedad y Maternidad**

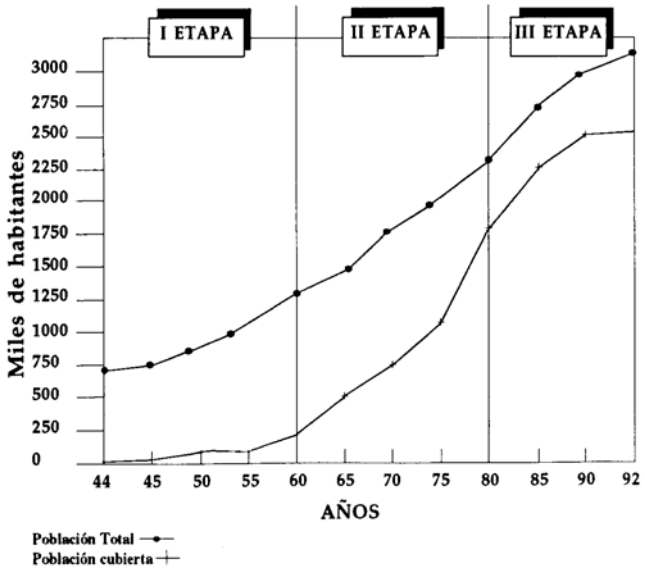
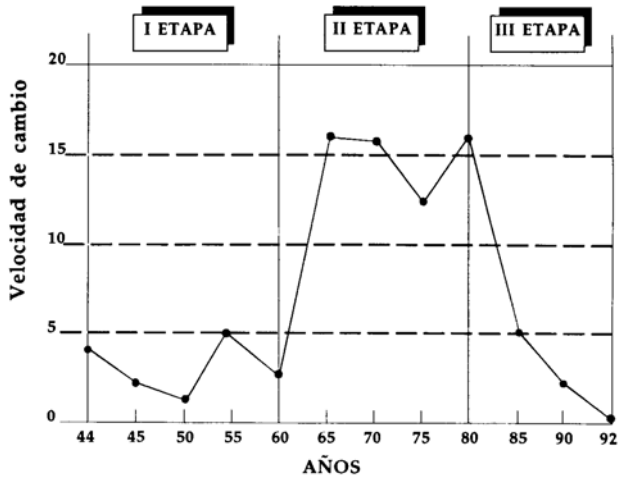


**Grafico 2**
**Velocidad de incremento en la cobertura**
**Seguro Enfermedad y Maternidad**




comportamiento por el alto nivel de cobertura logrado y por el tipo de población cubierta, ya que, como se apuntó antes, prácticamente el remanente de población que queda sin asegurar responde a una condición socioeconómica buena, con capacidad de pago.

## Cobertura de población economicamente activa

En vista de que los trabajadores que contribuyen económicamente al Seguro de Enfermedad y Maternidad representan únicamente el 68,1 % de la totalidad de la fuerza laboral nacional, quedando un 31,9% que no cotiza para el sistema, según muestra las cifras de 1992, se ha considerado de vital importancia abordar este tema.

La participación contributiva de la masa laboral dio un salto cuantitativo de 1965 a 1980 motivado por los factores

estructurales y legales enunciados anteriormente y el desarrollo socioeconómico de la década de 1970, período en el cual se logró duplicar el ritmo de crecimiento de la cobertura de la población económicamente activa.

**Cuadro 3. Comportamiento de la Cobertura Seguro de Enfermedad y Maternidad Período 1944-1992**

| Año | Población | | Cobertura de Aseguramiento Acumulada | Velocidad de Cambio de la Cobertura (*) |
|---|---|---|---|---|
| | Total | Asegurada | | |
| 1944 | 689.830 | 25.710 | 3,7% | -% |
| 1945 | 715.331 | 43.472 | 6,1 | 2,4 |
| 1950 | 861.780 | 63.317 | 7,3 | 1,2 |
| 1955 | 1.025.471 | 122.103 | 11,9 | 4,6 |
| 1960 | 1.236.050 | 190.302 | 15,4 | 3,5 |
| 1965 | 1.481.520 | 454.179 | 30,7 | 15,3 |
| 1970 | 1.730.778 | 816.127 | 47,2 | 16,5 |
| 1975 | 1.968.214 | 1.172.172 | 59,6 | 12,4 |
| 1980 | 2.284.495 | 1.729.287 | 75,7 | 16,1 |
| 1985 | 2.642.073 | 2.149.981 | 81,4 | 5,7 |
| 1990 | 3.032.394 | 2.537.423 | 83,7 | 2,3 |
| 1992 | 3.184.290 | 2.690.083 | 84,5 | 0,8 |

(*) Cambio marginal

**FUENTE:** Dirección Técnica Actuarial y de Planificación Institucional. Dirección de Planificación, C.C.S.S.

En el quinquenio 1980-1985 se dio una ligera disminución en la cobertura de la P.E.A. asalariada de 2,4 puntos porcentuales, motivada por el traslado de actividades del sector formal al informal, que llevaron a cabo funcionarios del Sector Público por pago de prestaciones. Sin embargo, a partir de 1990, la tendencia empieza nuevamente en ascenso y ya en 1992 se encuentra superada la disminución de cobertura que se había observado en la década de los ochenta. Todavía queda en 1992

un remanente de aproximadamente 370.000 costarricenses económicamente activos por cubrir como cotizantes directos al régimen de Enfermedad y Maternidad, sobre los cuales deben dirigirse las acciones a futuro.

**Cuadro 4. Cobertura Régimen de Enfermedad y Maternidad en relación a la P.E.A. asalariada Período 1944-1992**

| Año | P.E.A. | Asegurados Directos (*) | Cobertura |
|---|---|---|---|
| 1944 | No hay dato | 25.710 | --- |
| 1945 | No hay dato | 39.483 | --- |
| 1950 | 288.961 | 63.317 | 21,9% |
| 1955 | 326.623 | 79.290 | 24,3% |
| 1960 | 374.251 | 94.304 | 25,2% |
| 1965 | 439.769 | 131.928 | 30,0% |
| 1970 | 528.700 | 202.291 | 38,2% |
| 1975 | 639.007 | 320.432 | 50,1% |
| 1980 | 779.089 | 528.033 | 67,7% |
| 1985 | 927.836 | 605.743 | 65,3% |
| 1990 | 1.089.962 | 725.758 | 66,6% |
| 1992 | 1.160.375 | 790.759 | 68,1% |

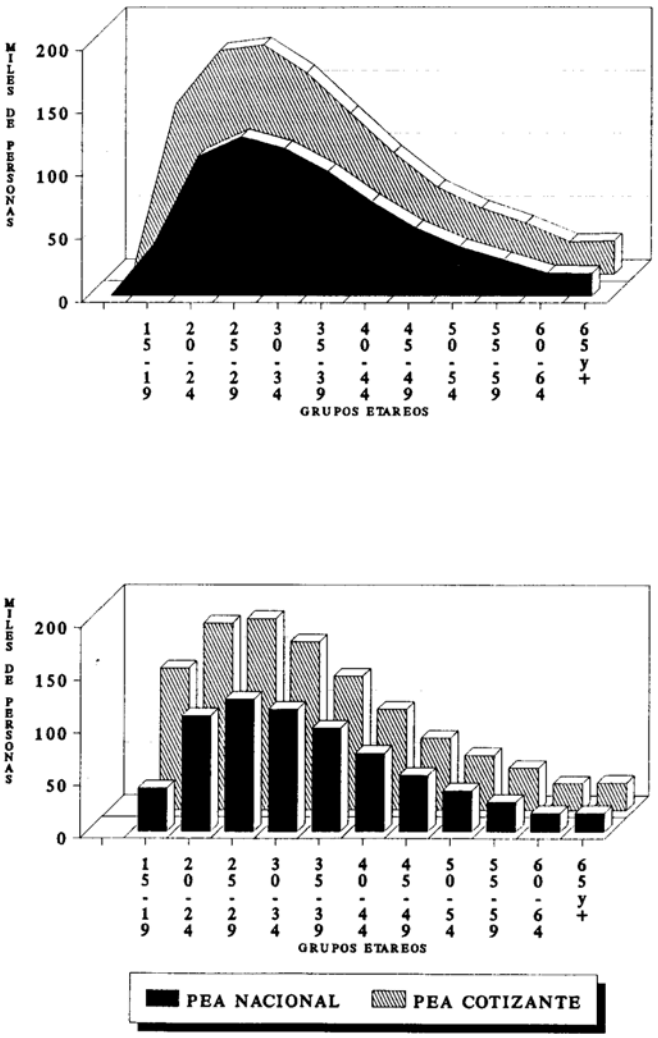
(*) Incluye asegurados por cuenta propia
P.E.A.: Población Economicamente Activa

**FUENTES:** Dirección Técnica Actuarial, C.C.S.S.
Dirección General de Estadísticas y Censos

Al analizar la P.E.A. asalariada por grupos de edades, se observa que los grupos de 12 a 19 años y de 20 a 24 años son los que mantienen porcentajes más altos de población económicamente activa sin cotizar. La situación se observa ampliamente en el gráfico 3 y el cuadro 5.

Finalmente en el gráfico 4 se aprecia que el sector privado está evadiendo el aseguramiento de un 16,4% de sus trabajadores asalariados y domésticos cerca del 30%, siendo en estos dos sectores donde el fenómeno mantiene adscritos como cotizantes casi la totalidad de los asalariados activos.

GRAFICO 3
COSTA RICA
POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA NACIONAL
Y POBLACION COTIZANTE AL S.E.M. 1990



**Cuadro 5.** Población economicamente activa nacional y cotizante distribuida por grupos de edad 1990

| Grupos etáreos | P.E.A. Nacional Total | P.E.A. Cotizante Total | % | Diferencia Porcentual sin cubrir |
|---|---|---|---|---|
| 12 - 19 | 134.523 | 41.412 | 30,8 | 69,2% |
| 20 - 24 | 177.341 | 110.593 | 62,4 | 37,6% |
| 25 - 29 | 181.805 | 126.106 | 69,4 | 30,6% |
| 30 - 34 | 159.735 | 116.717 | 73,1 | 26,9% |
| 35 - 39 | 127.442 | 98.685 | 77,4 | 22,6% |
| 40 - 44 | 95.896 | 74.773 | 78,0 | 22,0% |
| 45 - 49 | 68.743 | 53.787 | 78,2 | 21,8% |
| 50 - 54 | 52.262 | 39.160 | 74,9 | 25,1% |
| 55 - 59 | 40.303 | 28.478 | 70,7 | 29,3% |
| 60 - 64 | 25.703 | 18.151 | 70,6 | 29,4% |
| 65 - más | 26.209 | 17.896 | 68,3 | 31,7% |
| **TOTAL** | **1.089.962** | **725.758** | **66,6%** | **33,4%** |

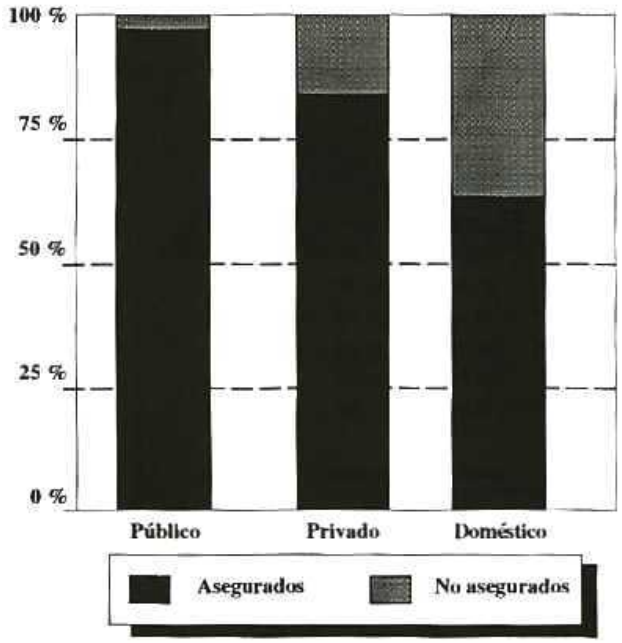
**FUENTE:** Dirección Técnica Actuarial y de Planificación Institucional, C.C.S.S.

Este breve análisis permite ratificar que a pesar de los logros obtenidos en cobertura, todavía existen trabajadores que no cumplen con los principios constitucionales de solidaridad y obligatoriedad sobre los que está fundamentada la Seguridad Social.

Actualmente la Institución mantiene dentro de sus perspectivas de cambio fortalecer el proceso de aseguramiento de la población económicamente activa, buscando igualar la cobertura de atención médica que en la actualidad es del 100%.

Entre sus objetivos está la extensión del aseguramiento voluntario a aquellos grupos que todavía se mantienen inactivos, que no cotizan para el régimen de Enfermedad y Maternidad, tales como los profesionales que laboran como

**Gráfico 4. Distribución de la PEA asalariada según sector y condición de aseguramiento 1992**




**FUENTE:** Encuesta Nacional de Hogares. Dirección Actuarial.

**NOTA:** No se considera a ignorados por ser menores a 0.5%

asesores o consultores, artesanos, religiosos, vendedores ambulantes, pesqueros y otros con oficio independiente sin relación obrero-patronal, buscando proteger toda nuestra población con mayor justicia social.

# Connotaciones de cobertura, derivadas de los principios filosóficos de la Seguridad Social

El nivel de cobertura alcanzado se apoya en tres de los principios filosóficos de nuestro modelo de Seguridad Social, que son la obligatoriedad, la solidaridad y la universalidad, plasmados en la Constitución Política Costarricense en sus artículos 73, 74 y 177, respectivamente. De esta forma se derivan tres connotaciones básicas de cobertura: contributiva, solidaria y legal, definidas en función del concepto a cubrir y del principio aplicable.

## 1. Cobertura Contributiva

Al establecerse en el artículo 73 de la Constitución Política los Seguros Sociales para protección de los trabajadores, se sustentó un sistema de contribución obligatoria por parte del Estado, patronos y trabajadores, para afrontar las consecuencias derivadas de los riesgos y promover acciones en salud.

Sin embargo, en lo que respecta a los trabajadores, que conforman la población económicamente activa que se encuentran ocupados, se analizó en líneas anteriores que únicamente contribuyen como cotizantes un 68,1 % quedando un remanente de un 31,9% que no contribuyen.

El principio de obligatoriedad en el sector público se estaba cubriendo básicamente en su totalidad, mientras que en el sector privado la cobertura contributiva apenas llega al 84%, quedando un 16% que todavía evade su afiliación al sistema y un 30% de trabajadores del servicio doméstico sin contribuir, que por su condición deberían estar bajo la categoría de asegurados directos del sistema y no inadecuadamente como familiares dependientes, o usando los servicios por medio de pago directo que sólo cubre, en el mejor de los casos, el costo de la atención recibida. Por tanto,

las prioridades en este campo deben estar orientadas a cumplir con el principio de obligatoriedad para buscar que la población económicamente activa asalariada contribuya al financiamiento de la Seguridad Social.

## 2. Cobertura Solidaria

Conforme lo indica el artículo 74 de la Constitución Política, los derechos y garantías sociales son irrenunciables y buscan una política permanente de solidaridad nacional. En nuestro modelo de seguridad social no existen barreras sociales, políticas o económicas para el ingreso al mismo, ni para recibir los beneficios que otorga la Institución, ya que el trato es equitativo e igualitario sin ningún tipo de distinción por la capacidad económica de los ciudadanos o el número de miembros de cada núcleo familiar.

## 3. Cobertura Legal

El principio de universalidad del derecho a la Seguridad Social enuncia la obligación de proteger a toda la población sin distingo alguno. Desde la perspectiva de este principio, en concordancia con la legislación vigente, actualmente el 100% de la población costarricense tiene derecho a recibir la protección del Seguro de Enfermedad y Maternidad, ya sea en condición de asegurados o mediante el pago por la atención recibida.

Es así como desde el principio de universalidad, legalmente se está cubriendo toda la población nacional.

Al lado de estos tres principios filosóficos que sirven como sustento, hoy más que nunca se encuentra latente uno de los mayores retos para la Caja Costarricense de Seguro Social -quizás considerado entre los más importantes dentro de su historia- cual es, el de aumentar y conservar en el futuro los elevados índices de cobertura alcanzados en el pasado. Este reto exige especial énfasis en cubrir los grupos más vulnerables de la población, colaborando en mejorar su calidad de vida, con prestaciones accesibles, oportunas y equitativas,

que apunten a su vez a una mejor calidad y una alta humanización en sus servicios; situación que implica un paralelismo con la iniciativa de modernización institucional, que se ha programado dentro del Plan Nacional de Reforma del Sector Salud, como una acción prioritaria.

La población cubierta por este régimen de Enfermedad y Maternidad, ha recibido las prestaciones de salud mediante diferentes modalidades de atención, que a continuación se detallan.

# Modalidades de atención

Dr. Luis Asís Beirute

M.B.A. Adolfo Cartín Ramírez

# Introducción

El concepto de atención a la salud se ha transformado en los últimos años. Del enfoque denominado biologista, en el cual la enfermedad era el centro de la organización del Sistema de Salud, se ha virado hacia una concepción en la cual el centro es el individuo sano, dentro de una colectividad, en un ambiente de trabajo y una familia.

El propósito del Sistema de Salud está orientado hacia el mantenimiento del individuo sano, a prevenirle la enfermedad y brindarle la atención cuando ésta se presenta.

Con este enfoque integral también se trata de incorporar eficiencia en la prestación de los servicios, aspecto que se ha venido deteriorando en la prestación biologista por no incorporar otros elementos del ambiente, de la cultura, de la educación y del ingreso económico de las familias, que inciden directamente en el proceso de salud enfermedad.

Lo anteriormente descrito llevó a la necesidad de modificar la prestación de los servicios y la atención médica, aspecto que se ha llevado a cabo a través de las nuevas modalidades de atención, las cuales persiguen una prestación de salud integral.

## Modalidad de medicina de empresa

La modalidad de Medicina de Empresa comenzó a funcionar en nuestro país en 1970, cuando la Caja aprobó que se proporcionaran servicios médicos en las instalaciones de las empresas.

El patrono, por su cuenta y riesgo, proporcionaba la consulta médica a sus empleados y a los familiares de éstos en algunos casos, en sus propias instalaciones y la CCSS otorga a los asegurados atendidos bajo esta modalidad los servicios de laboratorio clínico, farmacia, rayos X y el subsidio económico que se derive de la prestación comentada.

En 1976 se elabora el primer reglamento para regular el funcionamiento del sistema, en el cual se establecieron las normas relacionadas con la administración del mismo referidas a la contratación y pago de los médicos, responsabilidades de la Caja, atribuciones de los médicos, información requerida por el sistema, líneas de coordinación, servicios de apoyo, y

calidad del aseguramiento de los usuarios por atender.

Durante 1982 y 1983 se le introducen reformas al reglamento que le permiten a las empresas ampliar su acción de otorgar los servicios médicos a los familiares de los trabajadores y a los extrabajadores pensionados.

Bajo este modelo, en 1992 se cubrieron aproximadamente 271.659 asegurados, cifra que cubre a los trabajadores y a sus familiares.

El beneficio derivado de este sistema se manifiesta en los tres entes involucrados en el mismo. En el caso de la Caja, el beneficio se manifiesta en que amplía la cobertura, en vista de que los atendidos por este sistema dejan el campo libre en las clínicas y hospitales para ser ocupados por otros pacientes. También se da una reducción en los gastos operativos institucionales en la atención a las personas. En el caso de los patronos, el beneficio corresponde a la disminución del tiempo utilizado por los empleados al asistir a los centros de atención y, en el caso de los trabajadores, obtienen como ventaja el acceso inmediato a los servicios y con un beneficio adicional para la empresa y el trabajador, al poder desarrollar acciones de salud ocupacional en el ambiente laboral contra los riesgos del trabajo y la enfermedad profesional.

### Modalidad de medicina mixta

Este sistema tiene su inicio en la década de los años ochenta. Consiste en la facultad del asegurado directo o familiar, de contratar directamente por su cuenta la consulta externa con un médico particular y en el derecho de recibir, como contraparte de la Caja, los medicamentos y otros servicios auxiliares de diagnóstico. El propósito del sistema es el de ser un medio alterno y opcional de atención médica que propicie el uso racional de los recursos institucionales.

Desde la perspectiva del asegurado, el sistema representa una alternativa para accesar las especialidades en donde la Caja mantiene tiempos de espera prolongados para otorgar dichos servicios a los asegurados solicitantes.

El reglamento para la administración de este sistema se aprobó en 1981 y fue reformado en 1987. El médico interesado en ingresar al mismo debe solicitar la inscripción respectiva a la Caja en la dependencia que ésta determine. Al mismo tiempo, el reglamento delimita los servicios que la institución prestará en

el sistema.

Esta modalidad, concebida como un mecanismo para desconcentrar la consulta externa de la Caja, y permitir al mismo tiempo la utilización de un médico libremente escogido, cubrió en el año 1992 a 121.997 asegurados aproximadamente.

## Modalidades de atención integral

(POR CAPITACION)

La modalidad de capitación se inició en enero de 1987, específicamente en el cantón de Barva de la Provincia de Heredia. Se diseñó como una alternativa para corregir algunos problemas identificados en el modelo tradicional tales como: inadecuada relación médico-paciente, falta de continuidad en la atención médica, enfoque de atención predominantemente biologista y basado en la libre demanda.

Frente a este escenario, se decidió, por parte de las autoridades de la Caja, la modalidad de atención ambulatoria por capitación.

Bajo esta modalidad se persiguen varios objetivos, entre los cuales se pueden citar: mantener los niveles de salud alcanzados, utilizar la prevención como medio eficaz para reducir la morbilidad de la población, mejorar los niveles de salud de aquellas áreas donde prevalecen alta tasas de desnutrición, consolidar la integración de las instituciones de: salud, incrementar la participación de la comunidad en la elaboración del diagnóstico de salud, enfocar la modalidad como un sistema y definir la estructura organizativa constituida por todas las jefaturas de las instituciones participantes Ministerio de Salud-Caja Costarricense de Seguro Social. Entre sus bondades se puede señalar la mayor satisfacción de la comunidad, la atención integral, la participación comunitaria, la satisfacción del personal, la docencia, la alta resolución y la administración humanista y participativa. El proyecto del Cantón de Barva fue una experiencia piloto dentro de las nuevas modalidades de atención.

En la actualidad esta iniciativa se ha convertido en una cooperativa autogestionaria a la cual la Institución le compra los servicios de la atención médica exclusivamente.

## La modalidad de atención integral

(COMPRA DE SERVICIOS A COOPERATIVAS DE AUTOGESTION)

A partir de agosto de 1988, se da por primera vez en la Caja Costarricense de Seguro Social, la compra de servicios médicos a una empresa constituida como cooperativa autogestionaria. El proceso de negociación entre la Institución y la Cooperativa concluyó con el establecimiento de un convenio, en el cual se fijaban los lineamientos generales de acción que tenían que cumplir ambas partes en el desarrollo del proyecto.

El documento señalaba explícitamente las obligaciones de la cooperativa, en relación con las prestaciones de servicios médicos en el área de competencia del proyecto.

Entre los objetivos de esta modalidad figuraban: el desarrollo de un Sistema Local de Salud (SILOS), mediante la modalidad cooperativa, el cual asume la prestación de los servicios ambulatorios de salud y, como segundo objetivo, el desarrollar un modelo de atención familiar y comunitaria que brinde servicios integrales con niveles óptimos de calidad, eficiencia y eficacia. Esta nueva modalidad considera como elemento clave la cobertura total e igualitaria de la población, la atención continua de la población por medio de equipos interdisciplinarios de salud, la incorporación de la comunidad y del personal sanitario en el proceso de diagnóstico, la programación, control y evaluación de los servicios médicos y el establecer prioridades mediante la atención programada frente al esquema de libre demanda.

Actualmente funciona en el: distrito de Pavas, cantones de Tibás, Santa Ana y Barva, cubriendo aproximadamente a 207.800 habitantes. El resto de los centros de atención del país están integrando paulatinamente dentro del modelo de atención tradicional, acciones y servicios de carácter preventivo en conjunto con el Ministerio de Salud, a fin de lograr a corto plazo una integración programática de los servicios de salud.

## Otras características de los nuevos modelos

Los seis modelos, de los cuales se resumen algunas características en el cuadro siguiente, tienen aspectos en que guardan similitud y diferencias que cabalmente determinan las modalidades descritas.

Un aspecto similar a todos los modelos descritos se refiere

**Nuevos modelos de Atención, Consulta Médica, Odontológica, de Urgencias y de otros Profesionales Período 1988-1992**

| Centro Médico | Medicina General | Medicina Especializada | Odontología | Otros Profesionales | Urgencias |
|---|---|---|---|---|---|
| Coronado | 348.511 | 35.560 | 71.152 | 3.433 | 50.547 |
| Tibás | 238.012 | 37.694 | 46.642 | 3.990 | 27.999 |
| Pavas | 398.798 | 182.001 | 103.845 | 4.770 | 122.798 |
| Barva | 116.053 | 36.311 | - | 2.845 | 46.157 |
| TOTAL | 1.101.374 | 291.566 | 221.640 | 15.038 | 247.501 |

**Notas:** Coronado inicia labores en 1988; Pavas en 1988 y Tibás en 1990

al financiamiento de los mismos. Sobre este particular se tiene que la fuente común a todos ellos corresponde a la Caja Costarricense de Seguro Social, que es el ente con el cual se firman los convenios que dan origen a este tipo de modalidad.

Otro de los aspectos comunes se refiere a la retribución de los trabajadores, excluyendo a los profesionales en ciencias médicas, a los cuales se les retribuye por medio del salario. Desde luego que en cada modelo existen diferentes políticas salariales internas; no obstante, el principio de pago es el mismo.

En lo relacionado con el control administrativo de los modelos, existe un factor común que corresponde a la presencia de la Caja ejerciendo un control indirecto sobre el proceso de la prestación de servicios, establecido en los términos bajo los cuales se ha firmado el convenio entre las partes involucradas.

Con respecto al enfoque de la atención integral de la salud, en los nuevos modelos se presenta un frente común representado por el énfasis en las acciones preventivo-curativas. Esta situación está estimulando al modelo tradicional a cambiar su enfoque que hasta la fecha ha sido predominantemente curativo.

Lo mismo ocurre con la participación comunitaria la cual es intensa en los nuevos modelos descritos y prácticamente nula en el modelo tradicional; en este sentido también las unidades están recibiendo estímulos adecuados para incorporar esta actividad dentro de su operación.

La retribución al cuerpo médico es diferente en los modelos descritos. En el tradicional y en el desarrollado por la clínica del cantón de Coronado el medio de pago es el salario.

En el caso del cantón de Barva, el medio lo constituye el pago por capitación y en las cooperativas de los cantones de Tibás, Santa Ana y el distrito de Pavas existen diversas políticas salariales para el pago de los servicios de este grupo profesional.

La administración de los nuevos modelos es realizada por la Caja Costarricense de Seguro Social en aquellos modelos que no están constituidos como empresas cooperativas. En estas últimas la administración es ejercida por la estructura administrativa que ha determinado la asamblea de asociados, según sus intereses y el marco legal vigente. Con respecto a la característica que se refiere a la relación médico-paciente, en los nuevos modelos de atención se percibe una relación más constante y humanizada en comparación al modelo tradicional.

## Conclusiones

Con las modalidades de atención descritas anteriormente, la Caja pretende varios cambios fundamentales en la prestación de los servicios.

En primer lugar, el mejoramiento de la calidad de la atención por medio de un modelo de prestación integral de la salud en los servicios ambulatorios.

En segundo lugar, se pretende brindar una mayor accesibilidad a los pacientes en cada uno de los servicios de la Institución y establecer alternativas fuera de ella, para una respuesta más expedita a las necesidades que experimenta la población.

En tercer lugar, se puede señalar como complemento a lo manifestado en los dos puntos anteriores, la desconcentración de las prestaciones sanitarias, aspecto que permite una organización local más funcional, constituida por una mayor disponibilidad de alternativas en la atención en donde las personas puedan satisfacer adecuadamente sus necesidades básicas.

# La autonomía en la dirección y la gestión de los Seguros Sociales: El caso de la Caja Costarricense de Seguro Social

Lic. Oscar Arias Valverde

# Introducción

El señor Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social, Dr. Elías Jiménez Fonseca, ha tenido la gentileza de invitarme a escribir sobre el tema de la autonomía. Aunque me dejó en libertad de elegir el título del ensayo, me ha dicho que el trabajo estará destinado a un libro colectivo que ha dispuesto publicar bajo el nombre *"La Seguridad Social en Costa Rica: Problemas y Perspectivas".* Esa circunstancia me ha sugerido que el trabajo debe estar pensado en relación con la dirección política y la gestión administrativa de los seguros sociales en Costa Rica.

Con gusto atiendo esta invitación, no sólo por su procedencia, sino también porque comparto plenamente su motivación: "*documentar, mediante publicaciones constantes, el significado de la seguridad social costarricense, sus logros, sus problemas y su futuro, como un aporte a la historia, a las futuras generaciones, a los estudiosos del tema, a los países amigos; en fin, como una manera más de manifestar nuestro orgullo por la institución que representa los máximos logros en esta materia: la Caja Costarricense de Seguro Social"* (1).

Es probable que la invitación esté relacionada con la definición que hizo la Junta Directiva de la CCSS, en el Plan Estratégico Institucional 1991-1994. Ahí se estableció, como objetivo del cuatrienio: *"Rescatar, consolidar y mantener la autonomía de gobierno y administración institucional contemplada en el artículo* 73 *de la Constitución Política"* (2).

De alguna manera esa definición política viene a reconocer que se ha observado un cierto menoscabo de la autonomía, o -dicho en otros términos- una cierta intromisión en la administración y el gobierno de los seguros sociales, a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social, por parte de otras instancias del poder público -como podría ser, por ejemplo, el Poder Ejecutivo- pues sólo se reivindica algo que se ha perdido.

Me propuse hacer un trabajo de naturaleza eminentemente jurídica. Empero, sobre la marcha, no ha sido posible dejar

---

*(1) Oficio del* 2 *de diciembre de* 1992, *en que el Dr. Elías Jiménez Fonseca cursa su invitación.* Lo *destacado no* es *del original.*

(2) *CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL. Plan Estratégico Institucional 1991-1994, pág.* 21.

de lado una descripción histórica del binomio -que pareciera inseparable en el mundo del derecho- "autonomía-descentralización" o "descentralización-autonomía". El plan de trabajo incluye una referencia a los conceptos básicos (descentralización y autonomía), un resumen histórico de la descentralización y de la autonomía en Costa Rica, un análisis de la autonomía de la Caja Costarricense de Seguro Social en la Constitución Política, en la doctrina y en la jurisprudencia nacionales, y una conclusión. Esa conclusión pretende retornar a lo puramente jurídico-formal, por lo que omite toda consideración empírica respecto de lo que realmente sucede hoy día o ha sucedido en el pasado, en la Caja Costarricense de Seguro Social, en lo tocante a su autonomía. Por consecuencia, esa conclusión, en el plano de lo estrictamente formal, sin menoscabo de un planteamiento axiológico, no compromete opinión alguna en cuanto a si materialmente esta institución vive o no una real y auténtica autonomía en materia de gobierno y de administración.

# Conceptos Básicos: Descentralización o autonomía

## 1. Descentralización

La complejidad del mundo actual ha determinado que en los modernos ordenamientos jurídicos estatales aparezcan una serie de sujetos jurídicos que se mueven alrededor del Estado, subordinados a él en alguna medida, pero diferentes y separados funcional y orgánicamente. Hasta hace muy poco tiempo, ello fue estimulado por la tendencia de los estados por ampliar su ámbito de acción para propiciar el mayor desarrollo y el mejor funcionamiento de la sociedad (3) lo cual obligó la creación de entes públicos menores que, en nuestro medio, han recibido fundamentalmente el nombre de instituciones

---

(3) *Esa tendencia pareciera estar en franca revisión, buscándose más bien* el *traslado de servicios públicos al sector privado, aunque sin perjucio* de *un cierto control estatal. En* el *movimiento pendular que pareciera darse en muchos fen6menos, incluidos los políticos* y *los sociales,* el *extremo* de *esa tendencia podría ser visto como* el *estadio último* o *final de la descentralización funcional o por servicios.*

autónomas (4). El Estado ha preferido muchas veces valerse de otros sujetos para conseguir sus propios fines y, sobre todo, para no sobrecargar y complicar innecesariamente su ya compleja estructura. Se habla entonces en el derecho constitucional moderno de "sujetos auxiliares del Estado" o de "entes públicos menores" -esta última designación por contraposición al Estado mismo, que es el ente público mayor- y el propósito de su creación es que ayuden en el manejo de determinadas tareas específicas, dentro del conjunto de funciones que le corresponden al Estado en sentido amplio (5). Al hablarse de tareas específicas, se está insinuando uno de los aspectos distintivos de la descentralización funcional o por servicios (6), cual es la especialización.

Con los elementos ofrecidos, *"podemos entender por descentralización administrativa la técnica mediante la cual el estado moderno, ante la imposibilidad material de que el Poder Ejecutivo, encargado de la función administrativa, realice toda la actividad que la satisfacción de las necesidades sociales le demanda, decide, por constitución o por ley, transferir en forma general y abstracta, a otros entes con personalidad jurídica diferente a la suya y con plena capacidad para estar en derecho, (esto es, de ser sujetos de imputación jurídica), ciertos cometidos o competencias, así como los*

---

*(4)Todas las instituciones autónomas son entes públicos menores, aunque no todos los entes públicos menores son autónomas. En la doctrina también* se *habla de "administración directa" del Estado, que* es *la que corresponde a los poderes centrales,* y *de "administración indirecta", que corresponde a los entes públicos menores. "En la noción de Administración Pública-dice ALESSI- deben comprenderse no solamente los auténticos* y *propios órganos administrativos del Estado, stricto sensu- que constituyen lo que se llama la administración directa del Estado, sino también las personas jurídicas públicas menores que constituyen la llamada administración indirecta, las cuales* se *presentan al igual que aquél, como sujetos de la función administrativa,* y *precisamente como .sujetos auxiliares. del Estado, donominándoseles también por esto entes auxiliares. ALESSI (Renato). Instituciones de Derecho Administrativo.* T J. *Bosch, Barcelona, 1970, p.* 38. *En forma similar, entre otros: ROMANO (San ti), Corso di diritto ammin. Padova, 3a. editione, p.* 100; *BISCARETTI* DI *RUFFIA (Paolo), Introducción al Derecho Constitucional Comparado. Traducción de Héctor Fix Zamudio. FCE, México,* 1975, *p.* 73; y *ARINO ORTIZ (Caspar). La Administración Institucional. Madrid, Instituto de Estudios Administrativos,* 1974, *p.* 21.

(5) *JIMENEZ CASTRO (Wiblurg), describe el Estado utilizando un símil con el sistema solar. El astro principal-dice-está integrado de* tres *partes que son los poderes fundamentales. Los planetas son los organismos descentralizados funcional* y *geográficamente que giran alrededor del poder Ejecutivo, por lo cual "pertenecen al sistema y están supeditados en alguna medida al eje central del ámbito aplicativo". Los Dilemas de la Descentralización Funcional: un Análisis de la Autonomía Institucional Pública. San José, CR, ESAPAC, Serie Ciencia de la Administración,* Nº 237.1965.

(6) *En nuestro medio jurídico se distinguen dos tipos de descentralización: la funcional* o *por servicios, que es la que se origina en el artículo* 188 *de la Constitución Política;* y *la geográfica, representada por los Municipios, que tienen su origen en el artículo 170 de la Constitución Política.*

*medios necesarios para realizarlos"* (7).

Cuáles sean las funciones que le corresponde "naturalmente" al Estado, es una cuestión que aquí no vamos a tratar. Históricamente no ha habido acuerdo total en esa materia. Basta con señalar, por vía de ejemplo, que en la Edad Media actividades como la defensa o la educación, estuvieron fundamentalmente en manos privadas, aunque hoy día nadie discute el papel preponderante que en ellas debe cumplir el Estado, administrándolas directamente, en el caso de la defensa, o al menos supervisándolas o custodiándolas fuertemente, en el caso de la educación. Lo importante de destacar es que han surgido en el derecho público, una serie de personas, distintas del Estado, con facultades y obligaciones propias, con objetivos y competencias previamente definidas por el ordenamiento jurídico. Esas personas son públicas, por la misma circunstancia que el Estado lo es, y además por estar llamadas a satisfacer intereses públicos. El Estado es tutor de los intereses generales por excelencia; por eso es considerado la persona jurídica pública por antonomasia (8). Y a la par de él, se califican también como personas jurídicas públicas, todas aquellas que se mantengan en estrecha relación con el Estado, consideradas por el mismo Estado como entes auxiliares o integradores de sus propios fines.

La creación de entes públicos menores, entre los que están las instituciones autónomas, solo puede darse válidamente por medio de normas de rango constitucional o legal. No es posible crearlos mediante normas de rango inferior a la ley (9).

---

(7) *ARIAS VALVERDE, Oscar. La Tutela Administrativa en la Descentralización Funcional Costarricense. Tesis de Grado, U.C.R.,* 1982, *p.* 42

(8) *Según nuestro Código Civil, articulo* 15, *el "Estado es de pleno derecho persona jurídica".* O *sea que no requiere de ley* o *de convenio para su existencia, lo que si se da respecto de cualquiera otra persona jurídica.*

(9) *El ordenamiento jurídico costarricense tiene la siguiente escala jerárquica de normas en orden descendente: Constitución Política; los tratados públicos, los convenios internacionales, los concordatos y las normas de la Comunidad Centroamericana; las leyes y los demás actos con valor de ley; los decretos del Poder Ejecutivo que reglamentan las leyes y los de los otros Supremos Poderes en la materia de su competencia; los demás reglamentos del Poder Ejecutivo, los estatutos y los reglamentos de los entes descentralizados; y las demás normas subordinadas a los reglamentos, centrales y descentralizadas. (Articulo 6 de la Ley General de la Administración Pública, en relación con el artículo* 7 *de la Constitución Política.. Pero ¡cuidado!.* No *debe confundirse la autonomía con la soberanía, la cual tiene concreción en el Poder Legislativo de una nación* o *en el pueblo mismo. Y no sería dable, en términos lógicos, conciliar dos soberanías en una misma unidad política.* O *el Estado es soberano, con exclusión de cualquier otra soberanía dentro de* sí, o *no es soberano; y un Estado no soberano, no podría tener entes soberanos dentro de sí. Por ello, en nuestro medio la autonomía no puede verse separada del fenómeno de la descentralización estatal, esto es -como ya se dijo-de la decisión del Estado de recurrir a entes menores y de apoyarse en ellos para el logro de cometidos de interés público general, cometidos que siguen siendo estatales.*

Si la institución tiene su origen en una norma constitucional es, en consecuencia, de rango constitucional; si su origen es por ley, su rango es legal.

¿Qué importancia tiene, desde el punto de vista jurídico, determinar el rango de una entidad pública? La respuesta es sencilla y clara. Cuando hablamos de rango constitucional o legal de una entidad pública, hacemos referencia al poder que dictó el acto constitutivo o de creación de esa entidad. En el caso de entidades cuyo origen se encuentra en una norma legal, su creación proviene del poder Legislativo; cuando el acto de creación de la entidad es una norma de rango constitucional, su creación proviene del poder constituyente, que ocupa la posición más elevada en la escala de producción normativa.

En virtud del principio de paralelismo de competencias, la entidad pública puede ser suprimida de la vida jurídica en virtud de un acto del mismo poder que la creó. Así, una institución creada por el legislador puede ser suprimida por éste. Mientras que una entidad pública creada por el poder constituyente, sólo puede ser suprimida por ese poder. Dicho en otros términos: es importante la determinación del rango jurídico de las entidades auxiliares del Estado, para poder establecer los límites hasta los cuales pueden ser alcanzadas por el Poder Legislativo.

## 2. Autonomía

El término "autonomía" es de formación clásica. Viene del griego, y está compuesto por dos vocablos: "autós", que significa "el mismo" o "uno mismo"; y "nomos", que significa "ley" o "costumbre".

Tendríamos entonces que, etimológicamente, la autonomía debe ser entendida como la facultad o potestad de un ente de darse sus propias normas jurídicas.

Así las cosas, en el sentido que aquí se habla, debe entenderse la autonomía como la potestad de velar o cuidar por sí los propios intereses, pese a que estos conciernen también al Estado, que es el que la confiere y que podría, por ello, asumir el logro de esos intereses de modo directo, si así se lo propusiese, empleando desde luego la misma fuerza formal con que la confirió. Hablamos de "velar" o "cuidar" porque hay diferentes grados de hacerlo. De ahí que se hable

de diferentes grados de autonomía.

En nuestro ordenamiento jurídico esos grados son:

**Autonomía administrativa o de administración:** capacidad del ente para autoadministrarse, con exclusión de cualquier otro poder. Es el mínimo indispensable para que se pueda hablar de autonomía.

**Autonomía política o de gobierno:** capacidad del ente para definir sus propias metas políticas, con exclusión de cualquier otro poder, para el logro de los fines que la Constitución o la Ley le han señalado.

**Autonomía organizativa:** capacidad del ente para darse su propia organización. Constituye el grado máximo de la autonomía.

Incluye necesariamente la autonomía política y la administrativa; y la autonomía política incluye necesariamente la administrativa; pero no a la inversa **(10)**.

Los conceptos pueden afinarse con una cita jurisprudencial, realmente cristalina:

*"Gobierno es actividad de orden superior que concierne a la discusión suprema y general del Estado en su conjunto y unidad, en tanto que administración significa una actividad de grado inferior a aquella. El gobierno es el alma de la administración. Esta es acción que desarrolla las normas y cede a las orientaciones que aquél traza. La actividad de gobierno se acostumbra contraponerla a la actividad administrativa común, con afirmar que ésta es la encargada de ejecutar los planes formulados por el Gobierno dentro del marco de la ley y que, por lo mismo, la actividad es casi siempre más reglada o menos discrecional. Por su parte, autonomía quiere decir independencia para regirse por sí mismo y será tan amplia, en el campo de los entes descentralizados, como la Constitución lo establezca y las leyes válidamente lo determinen. La materia de gobierno a que se refiere el artículo 188 de la Constitución es la actividad que consiste en dirigir, orientar y señalar pautas, sin posible confusión con otros actos de los órganos públicos de superior jerarquía, así sea que algunos autores los llamen también actos de gobierno. De manera que si bien antes las instituciones*

---

(10)Véase *MURILLO, Mauro. Ensayos de Derecho Público. La Descentralización Administrativa* en *la Constitución Política. Editorial Universidad Estatal a Distancia,*1988, *pág.* 75.

*mencionadas tenían autonomía tanto en materia de gobierno como de administración, con la reforma esa autonomía no se concretó a la actividad administrativa; pues en cuanto a la de gobierno quedaron sujetos a lo que establezca la Ley. Desde luego, esa reforma no significa que los entes autónomos ya no realicen actividad de gobierno por decisión propia, en la esfera de sus atribuciones y para lograr los fines que le han sido encomendados. No podría concebirse una institución autónoma que no puede tomar decisiones de ese género que, como ya se dijo, son de dirección, de impulso o iniciativa. Lo que ocurre es que, a partir de la reforma al artículo* 188, *esos entes están sometidos expresamente a lo que la ley disponga en materia de gobierno. Pero es obvio que siempre conservan amplias potestades en todo lo que se refiere a administración"* (11).

## La descentralización funcional y la autonomía en la historia costarricense(12)

El derecho es una ciencia social. Sus conceptos son fundamentalmente históricos. Por ello resulta oportuno hacer una "radiografía" de la descentralización funcional y de la autonomía institucional en este país. Esa "radiografía", -que como tal- muestra solo los "huesos" de este importante proceso jurídico-político, permite destacar la velocidad de los cambios que en este campo -al igual que prácticamente en todos los órdenes de la vida social- se han dado en el presente siglo.

Probablemente no sea dable en la historia del mundo, encontrar un tiempo similar a éste, como para que hubiera hecho sus delicias al filósofo griego Heráclito, autor del principio *"todo fluye* y *nada permanece en un ser fijo"*. La afirmación de que *"nadie puede bañarse dos veces en el mismo río"*, pareciera ser una realidad aplicable a la historia de la

---

(11) *Resolución Corte Plena, sesión extraordinaria del* 3 *de mayo de* 1984.

(12) *En lo medular el desarrollo de este capítulo es un resumen de ARIAS* VAL*VERDE, Oscar.* La *Tutela Administrativa en la Descentralización Funcional Costarricense. Tesis de Grado,* 1982, *p.p.* 117-164

autonomía de los entes auxiliares del Estado en Costa Rica. El ser y el no ser pareciera que han venido a ser términos no contradictorios, sino diferentes formas de manifestarse ciertas instituciones jurídicas que tienen detrás de sí una fortísima inspiración política: el ser de un momento viene a ser el no ser del otro, en un devenir que no garantiza instituciones ni verdades absolutas. Como alguien ha afirmado, quizá la única cosa permanente hoy en día es el cambio.

## 1. Primer período: Timidez

La autonomía o independencia funcional de las instituciones públicas o de los entes auxiliares del Estado, apareció como una tendencia jurídico-política, bastante tímidamente, en los primeros cuarenta y cinco años de este siglo.

En 1914, con don Alfredo González Flores en el poder, nace la primera institución que merece el nombre de autónoma: El Banco Internacional de Costa Rica. Como dijo el Decreto-Ley Nº 16 del 9 de octubre de 1914, los miembros de la Junta Directiva desempeñarían su cometido con absoluta independencia del Poder Ejecutivo, y serían por ello los únicos moralmente responsables por la Administración del Banco. No conocemos cuál haya sido el significado de ser "moralmente responsables", pero razones hay para suponer que, en una época en donde el honor determinaba normalmente la conducta, esa responsabilidad frisaba la idea actual de las responsabilidades, civiles o penales. Por ende, pesaría sobre esos Directores cualquier responsabilidad legal que conforme al ordenamiento jurídico del país pudiera atribuírseles. Ello coincidía con posturas doctrinarias clásicas: "... *Toda esfera de autonomía reclama la responsabilidad consiguiente, a fin de que los órganos o funcionarios que actúan con independencia, se sujeten a las atribuciones propias y a la esfera de acción de sus respectivas competencias. El aumento de toda esfera de autonomía impone, pues, un aumento en la de la responsabilidad"* (13). A tono con ello, se estableció que el Poder Ejecutivo no tendría intervención alguna en la

---

(13) *LANCIS, Antonio., Derecho Administrativo. Editorial Cultural S.A. La Habana, Cuba,* 1945, *p.* 13. *Citado por el BANCO NACIONAL* DE *COSTA RICA, Estudio constitucional sobre el conflicto planteado entre la Contraloría General de la República y las Instituciones Autónomas del Estado. Banco Central de Costa Rica, marzo de* 1952, *p.* 7.

Administración del Banco Internacional de Costa Rica, en el Decreto de Ley citado.

Sobre similares lineamientos formales, nace en 1924 el Banco Nacional de Seguros; en 1936 aparece el Banco Nacional de Costa Rica; y en 1943, mediante una reforma constitucional, nace la Caja Costarricense de Seguro Social.

## 2. Segundo período: La autonomía como reacción.

Con la Constitución del 49, la tendencia se convirtió en moda. *"A raíz de los dolorosos sucesos que culminaron en* 1948, *se observó que las únicas actividades estatales, que durante esos duros años habían escapado a la acción disolvente de un Ejecutivo omnívoro* y *de una corrupción en gran escala, habían sido las que gozaban de autonomía. Esta observación redundó en la autonomía como receta. Todo el proceso constitucional de 1949 estuvo basado en la necesidad de refrenar al Ejecutivo con vista de la experiencia reciente. Y una manera de refrenarlo fueron las Instituciones Autónomas, en las que se vela una garantía contra los desenfrenos del gobierno central. De allí que el concepto de institución autónoma se elevara a precepto constitucional"* (14).

Aparte de las motivaciones políticas (pues algunos autores han ligado lo que en definitiva aprobó el Constituyente con una cierta reacción contra presuntos desenfrenos del gobierno central de los años previos), la norma constitucional referente a la autonomía de las instituciones abunda en motivaciones doctrinarias. Entre ellas sobresale la creciente complejidad técnica de las tareas que la administración asumía, y la necesidad de profesionalizar su dirección y ejecución, al margen de la línea política imperante. En efecto, el constituyente dijo que la administración no debe verse truncada por los "vaivenes de la política". Otra razón importante fue la necesidad de agilizar el manejo financiero de cierta actividades, agilidad que era incompatible con los rígidos moldes del derecho presupuestario clásico.

---

(14) *CAÑAS ESCALANTE, Alberto. Reflexiones que pueden ser Políticas. Citado por JIMENEZ* CASTRO, *Wilburg. Los Dilemas de la Descentralización Funciones: Un Análisis de la Autonomía Instituciones Pública. ESAPAC. Serie Ciencia de la Administración No.* 237, *San José, Costa Rica, 1965, p. 85.*

## Idea de especialización

La Constitución del 49 inicia una nueva etapa en la extensión de la administración descentralizada. En forma vertiginosa, nacen a la vida jurídica nuevos entes autónomos, para el cumplimiento de diversas funciones especializadas. Pero la cuestión de la autonomía no siempre fue pacífica: hubo quienes la adversaron. Se planteó muy críticamente, por ejemplo, el tema de las relaciones de las instituciones autónomas con la Contraloría General de la República.

Se planteó el problema de la coordinación entre las diversas instituciones, respecto de lo cual se propuso la creación de un comité coordinador; y con no poca frecuencia se discutió lo referente a la estandarización de normas para el manejo de personal, pues siempre fue evidente que -a pesar de lo que pudo ser la intención original- el Servicio Civil no llegó a cubrir a los funcionarios de los entes auxiliares del Estado.

En el año 1952 se planteó la discusión, en que participó muy activamente el Banco Central de Costa Rica, en cuanto a la potestad de la Contraloría General de la República de modificar los presupuestos de las instituciones autónomas, respecto de lo cual privó en último la tesis que, en relación con éstas, la Contraloría General de la República es un contralor de la legalidad o de la base financiera de las partidas, pero no de oportunidad y conveniencia.

### 3. Tercer período: clímax de la autonomía.

En 1957, ocho años después de haberse estrenado la Constitución Política del 49, bajo el alero organizativo y financiero de la Caja Costarricense de Seguro Social, se celebró el "Primer Seminario de Instituciones Autónomas", concretamente del 22 al 29 de setiembre. Aunque se habló del "primero" no se ha podido disponer de documento alguno que hable sobre la celebración posterior de algún otro seminario. Lo importante de aquella actividad es que se ratificaron ideas que indudablemente andaban en el ambiente político. Se hizo entonces una declaración de principios sobre la naturaleza y el fin de las Instituciones Autónomas (así, con mayúsculas), "tanto para comenzar a definir un concepto general sobre ellas, como para determinar las metas que se persiguen con

la descentralización funcional del Estado". Los Principios aprobados son los siguientes:

*"Las Instituciones Autónomas son entidades de derecho público que constituyen una forma nueva* y *más flexible dentro de la organización administrativa del Estado.*

*Su creación obedece a la necesidad de distribuir adecuadamente entre varios órganos la realización de la función pública para hacer frente, con eficiencia, a las crecientes demandas sociales* y *a la complejidad administrativa del Estado contemporáneo* y *evitar así la excesiva concentración de actividades en el poder central.*

Es *finalidad esencial de estas instituciones contribuir junto con el poder central al desarrollo integral del hombre* y *al desenvolvimiento social, cultural* y *económico de la Nación, procurando el aprovechamiento cada vez más racional* y *eficiente de los recursos del país* y *una más justa distribución de la riqueza nacional.*

*Con el mismo objeto deben actuar en estrecha colaboración con el poder central, coordinando sus esfuerzos para evitar duplicación* y *conflicto en sus programas. Esta relación constituye una asociación de órganos especializados que tienen una misma finalidad de servicio público. No obstante, las Instituciones Autónomas deben siempre conservar su independencia en materia de gobierno y administración y la capacidad de prevenir la desnaturalización de sus funciones.*

*Deben también propiciar y mantener una efectiva cooperación entre ellas, con el fin de coordinar esfuerzos, recursos y programas, todo dentro del mayor respeto a sus respectivos campos de acción.*

*Las Instituciones Autónomas requieren, para cumplir a cabalidad su cometido, estar dotadas de personalidad jurídica, independencia funcional* y *administrativa, patrimonio propio* y *dirección colegiada"* (15).

Podríamos afirmar, con pocas posibilidades de equivocación, que esa declaración coincidía con la convicción imperante entonces en la conciencia colectiva de este país. En el discurso de apertura de ese Seminario, el entonces

---

(15) *ACTA FINAL. Primer Seminario de Instituciones Autónomas. San José, Costa Rica* 22-29 *de setiembre de* 1957, *p.27.* Lo *destacado no es del original.*

Presidente de la República don José Figueres Ferrer, dijo:

*"Los organismos autónomos que estamos analizando necesitan estar libres de toda atmósfera política a la par de que deben tener cierta continuidad por sobre los accidentes del proceso político".* Punto crítico en su momento:

*"Si vamos a continuar nuestro sistema, que creo es el deseo de todos los costarricenses, tenemos que recordar que las instituciones autónomas forman parte del Estado y necesitan coordinarse con el poder central y tener todos una sola dirección... Cabe hacer la advertencia de que no convirtamos al Estado en un archipiélago de instituciones inconexas en las cuales llegue a prevalecer el caos. Tengamos, por el contrario, una constelación, en donde todo gire conforme a ciertas leyes, con cierta armonía y dentro de cierta coordinación"... "Creo que en tres años y medio* o *cuatro, hemos dado suficientes prendas de respeto a la autonomía, de un esfuerzo por sentar las bases de este sistema institucional, y creo que, si de algo hemos pecado es más bien de falta de coordinación, que no de excesiva intromisión del Poder Ejecutivo. Yo no veo cómo este Gobierno, ni con otros del futuro, puedan trabajar bien los organismos autónomos, si no coordinan sus funciones con el Gobierno Central"* (16).

## 4. Cuarto período: Crisis de la autonomía y búsqueda de límites

La proclividad hacia la creación de instituciones autónomas, con posterioridad al año 49, llevó a que –según un estudio del ICAP- en 1975 hubiera en Costa Rica 44 instituciones de esa naturaleza.

Era entonces el país más descentralizado del itsmo centroamericano, y, además, era el país en el que existía *"un criterio más amplio sobre el concepto de autonomía de los organismos descentralizados funcionalmente, debido a la flexibilidad de las disposiciones constitucionales y legales que la amparan, así como por una concepción más pluralista que monista del Estado"* (17).

---

(16) *FIGUERES FERRER. José. Discurso en la Sesión Inaugural del Primer Seminario de Instituciones Autónomas. Publicado en el Acta Final del Seminario, p.p. 30-37.*

(17) *Citado por VILIALOBOS GONZALEZ, Francisco. La Descentralización Administrativa en Costa Rica. En: Revista de la Procuraduría General de la República, Año VIII,* Nº 12, *p. 183.*

En forma vertiginosa, nacen a la vida jurídica nuevos entes para el cumplimiento de diversas funciones especializadas. Algunos vieron ventajas en ello, incluso en términos de defensa a la libertad personal; de no haber sido por la descentralización -se dijo- la concentración de la actividad administrativa en un único centro de autoridad habría sido suficiente, por sí sola, para ahogar totalmente la libertad personal. Otros vieron peligros. El Licenciado Marco Tulio Zeledón opinó que la tendencia descentralizadora podría degenerar en anarquía, debido a la posibilidad de crear nuevas instituciones por parte del Poder Legislativo, lo cual a la postre podía conducir a una atomización del poder, en lugar de a una descentralización del Poder Ejecutivo. También, a partir del año 49, comienza el ir y el venir, el estira y el encoge, de la autonomía institucional, haciéndose cada vez más restringida. Esa tendencia pareciera estar sugerida por un nuevo énfasis en la necesaria unidad del Estado. Algo similar pareciera haberle sucedido a la misma autonomía de la voluntad, tan preconizada en su momento por el derecho privado, la cual ha ido perdiendo terreno jurídicamente ante la indudable conveniencia política -convertida en derecho positivo- de buscar mecanismos de equilibrio respecto de las relaciones disparejas y desiguales que proliferan en la realidad social.

## Necesidad de coordinación y de Planificación Nacional

A raíz del "archipiélago" de poder que se formó con la existencia de instituciones autónomas, se plantea críticamente la necesidad de la coordinación y de la planificación nacional; la primera ley de planificación nacional, del año 1963, resultó totalmente insuficiente, pues al ser las instituciones autónomas en administración y gobierno, quedaron en libertad de sujetarse voluntariamente al proceso planificador. Por ello, se consideró necesaria la reforma del artículo 188 de la Constitución Política, que se concreto en 1968 (18), en la cual se eliminó la autonomía en materia de gobierno de que disfrutaban las instituciones autónomas. La única institución que conservó tal independencia, fue la Caja, pues no se tocó el artículo 73 de la Constitución, norma especial según la cual

18 Ley Nº 4123 de 31 de mayo de 1968.

la administración y el gobierno de los seguros sociales corresponde a esa institución autónoma. Con base en la reforma constitucional pudo entrarse a considerar la vinculación de las instituciones autónomas al proceso de planificación nacional. Y como una derivación dé ese afán, correcto o no -es una cuestión que no es este el lugar para discutir- se dan dos leyes sumamente polémicas: la tristemente célebre "4-3", de octubre del año 70 (19), que so pretexto de lograr una mayor coordinación entre las políticas y la acción del Poder Ejecutivo y las instituciones autónomas, distribuye los asientos en las Directivas de estas últimas, dándole mayoría al partido en el Gobierno; aunque su inspiración podría parecer en lo medular justa (20) lo cierto es que la ley fue tristemente célebre porque en la práctica ningún significado tuvo en términos de coordinación y de integración del sistema autonómico al proceso planificador nacional, lo cual era de esperarse si se considera que la ley de planificación del año 63 vinculaba "voluntariamente" a las instituciones autónomas a dicho proceso. La otra ley, que también resultó polémica, es la llamada "Ley de Presidencias Ejecutivas" (21), que vino a introducir un elemento personal de coordinación, que no era enteramente nuevo, pues anteriormente las Juntas Directivas habían sido presididas por el ministerio del ramo, pero que sí creaba un puesto llamado a superar el pálido papel jugado por los Ministros de Gobierno (22).

---

(19) *Ley* Nº 4646 *sancionada por* el *Poder Ejecutivo* el 20 *de octubre de 1970.*

*(20) Al respecto ha dicho* VILLALOBOS *GONZALEZ, Francisco: "Lo que* sí *parece justo es que si un partido político ha obtenido a base de su plataforma, de sus programas y del liderazgo de sus hombres, un gran apoyo electoral, cuando sea el momento de asumir el poder, pueda disponer de suficientes poderes y autoridad para que pueda llevar adelante sus programas y asumir sus responsabilidades. Dentro de este criterio de política partidista debe, sin embargo, hacerse un gran esfuerzo por mantener la politiquería alejada de las instituciones públicas y para atraer y utilizar en las juntas directivas a los hombres más capaces. Cuando hay falta de relación o existen prohibiciones para garantizar la mayoría política partidista en las juntas, puede acontecer que estando las principales actividades públicas en manos de entes descentralizados funcionalmente, sus juntas directivas sean contrarias en ideología al gobierno y en consecuencia esos entes actúan en sentido distinto del Poder Ejecutivo, sin que éste pueda modificar el rumbo de tales actividades, produciéndose una situación inconveniente a los intereses del país". Op. cit. p. 187.*

(21) *Ley Nº 5707 de* 10 *de mayo de* 1974.

(22) *Según VILLALOBOS GONZALEZ: "Para el* año 1966, se *tenía como un hecho comprobado que los Ministros de Gobierno, no actúan* en *(el)* seno *de las Juntas Directivas –por lo menos desde* el *punto de vista de una repercusión práctica- como instrumentos efectivos de influencia, de supervisión, de asesoría* y *de un eficaz enlace* entre *la política del gobierno central* y *las actividades* y *orientaciones de las instituciones autónomas de las cuales son directores". Op. cit. p. l86.*

No obstante, una serie de razones formales han hecho que las Presidencias Ejecutivas no hayan podido superar el papel de "embajadores" del Poder Ejecutivo, sin poder para obligar a las Juntas Directivas a que aprueben las iniciativas de aquél (23).

En la campaña política previa a su ejercicio como Presidente de la República, don Rodrigo Carazo prometió eliminar las Presidencias Ejecutivas, propósito dentro del cual subyacía el deseo de, en alguna medida, reivindicar la autonomía que en parte había perdido la descentralización funcional o por servicios. Pero al asumir el poder, ya en vigencia la Ley General de la Administración Pública, se llegó a la conclusión que ello no era posible dadas las facultades de coordinación y de dirección que ahí se le atribuían al Poder Ejecutivo.

## Leyes que fortalecen al Poder Ejecutivo

En el año 74 se dicta la Ley de Planificación Nacional hoy día vigente (24). La Ley de la Administración Pública Nº 6227 del 2 de mayo de 1978, de alguna manera también viene a modificar la autonomía institucional en general, al crear las figuras de la dirección y la coordinación a cargo del Poder Ejecutivo, con el evidente propósito de fortalecer el papel de ese poder con respecto de toda la administración pública. La figura de la Dirección, y su traducción en la tutela administrativa, tiene relevancia para todas las instituciones que perdieron la autonomía de gobierno por virtud de la reforma

---

(23) *En un interesante trabajo del Dr. Mauro Murillo, denominado "Sobre Presidentes Ejecutivos", dice entre otras cosas: "...debemos señalar, a falta de norma alguna, expresa* o *implícita, que las juntas no han quedado obligadas directamente a cumplir directrices (políticas) del Poder Ejecutivo. La disposición del Reglamento, según la cual corresponde al Presidente Ejecutivo llevar a conocimiento de las juntas las iniciativas políticas de aquél Poder, "para su aprobación", no es suficiente para deducir un deber de las juntas. Primero, porque esa es la forma usual de hablar,* y *nunca pretende indicar el acto de que se trate sólo puede ser aprobado y nunca improbado. Segundo, porque lo lógico entonces habría sido sancionar* el *deber de la junta expresamente,* y *sobre todo sin establecer un trámite innecesario como hubiere sido, en tal eventualidad, el de utilizar la intermediación del Presidente Ejecutivo, caso de que realmente se hubiere deseado vincular a las Juntas. Y tercero, porque de toda suerte en la duda* el *Reglamento debe interpretarse de modo que sea más conforme a la Ley, la que es más clara aún en no pretender una dirección formal. Tampoco* el *deber resulta de modo indirecto, pues los miembros de las Juntas (excepción hecha de los Presidentes) continúan protegidos por un régimen de relativa inamovilidad. ...Si existe la posibilidad jurídica de que las Juntas no aprueben las iniciativas del Poder Ejecutivo,* y *éste carece de instrumentos formales aún indirectos para lograr esa aprobación, la dirección tenderá a no operar".* MURILLO, *Mauro. Sobre Presidentes Ejecutivos. Edición mimeográfica, sin fecha, p.* 8.

(24) Ley Nº 5525 *del* 2 *de mayo de* 1974

del artículo 188 constitucional. O sea que *"la potestad de dirección es (solo) en lo político, no en lo administrativo. Y debe manifestarse en directrices que reúnan ciertas características"* (25).

## Autoridad Presupuestaria

La última decisión legislativa en frente de la autonomía institucional pareciera haber sido dada por la creación de la llamada "Autoridad Presupuestaria". Nació por virtud de un Decreto Ejecutivo en diciembre del año 79, pero por las amenazas a que se vío expuesta, se le confirmó por una Ley Ordinaria, en el año 82. La incostitucionalidad de esa ley se discute actualmente en dos o tres acciones, una de ellas presentada a la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia por servidores de la Auditoría de la Caja Costarricense de Seguro Social. En mucho, lo que debamos entender en el futuro sobre la autonomía institucional costarricense, en general, y en cuanto respecta a la Caja Costarricense de Seguro Social, pende de lo que dirá la Sala Constitucional.

## La autonomía de la Caja en la Constitución Política

La Caja nació con una clarísima vocación autonómica. A pesar que en su primer Ley Constitutiva (26) se creó "la Institución destinada a aplicar el Seguro Social obligatorio y a incrementar el voluntario", "bajo la vigilancia del Poder Ejecutivo", es lo cierto que en su exposición de motivos se definió en forma transparente un afán diferente. En efecto, en lo tocante a la organización general, se estableció sin lugar a dudas la necesidad del principio de autonomía financiera del Seguro Social, con apoyo en las normas que fijan los proyectos de convenciones de la Conferencia Internacional del Trabajo:

*"El Patrimonio de tales entidades y de las entidades públicas del seguro será administrado separadamente de los*

---

(25) *Directrices Políticas socioeconómicas y administrativas en la Ley General de la Administración Pública, punto 8. Anexo 6 de Meoño Segura, Johnny. Administración Pública. Ed. Universidad de Costa Rica,*1982, *p.321.*

(26) Nº 17 *del* 1 *de noviembre de* 1941

*recursos de la Administración Pública"* (27).

Se dijo además en esa exposición de motivos, hablando el Secretario de Estado en el Despacho de Previsión Social, don Francisco Calderón Guardia, como conclusión propia basada en las citas de tendencias y de doctrina que ahí se hacen:

*"Lo deseable es, pues, en esta materia, que la Administración del seguro sea enteramente autónoma,* y *por lo mismo, la forma en que queda integrado el Consejo Directivo, da al sistema caracteres de una verdadera autonomía. Podemos sentimos orgullosos de que el principio de autonomía de la Caja se convierta en una realidad en Costa Rica; con ellos conseguiremos, mejor que con ningún otro medio, alejar definitivamente a la Caja de cualquier influencia de carácter político; ojala que se inscriba ese propósito en letras de bronce que figuren en la puerta del edificio que construya el Seguro Social para sus Oficinas Centrales, lo mismo que en el corazón de los que entren a servirla; la única política de la Caja de Seguro Social debe ser de Seguridad Social de Costa Rica"* (28).

No por casualidad el artículo 63.2 de la Constitución Política de 1871, reformada en el año 1943, dispuso:

*"La administración* y *el gobierno de los Seguros Sociales estará a cargo de una institución permanente, con esfera de acción propia, llamada Caja Costarricense de Seguro Social, que desempeñará sus funciones con absoluta independencia del Poder Ejecutivo".*

## Autonomía en administración y gobierno por mandato constitucional

La Caja Costarricense de Seguro Social es una institución pública de rango constitucional, toda vez que su origen normativo se encuentra en una disposición expresa de la Constitución Política. El artículo 73 de la constitución vigente, en forma bastante afín al artículo 63 reformado de la

---

(27) *Exposición de motivos publicada en la Gaceta del* 14 *de octubre* de 1941. *Reproducida* en: *Revista Jurídica de la Seguridad Social. Caja Costarricense de Seguro Social Nº 1, noviembre de* 1991, *pág.* 17.

(28) *Idem ant. páginas* 17-18.

Constitución 1781, a la letra reza:

*"Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a estos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine. La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social. No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales. Los seguros contra riesgos profesionales serán de exclusiva cuenta de los patronos y se regirán por disposiciones especiales"* (29).

Ello hace que la Caja, por ser su creación de rango constitucional, goce de una posición muy particular. Su existencia está fuera de los alcances del Poder Legislativo, y cabe incluso sostener la tesis de que, dado su nacimiento, ni siquiera es dable su eliminación por el poder constituyente derivado, que es el que hace posible las reformas parciales de la constitución bajo procedimientos especiales, más rigurosos que los exigidos para las leyes ordinarias. O sea que su existencia jurídica resulta ser, desde el punto de vista jurídico temporal, muchísimo más sólida que si hubiera sido creada por una ley común u ordinaria.

Lógicamente que esa sustracción del ámbito del Poder Legislativo, obedece a la importancia que desde sus orígenes se le ha dado a la Caja Costarricense de Seguro Social, y a la lucha desplegada, también desde sus orígenes, para que ésta sea un ente técnico ajeno a los "vaivenes de la política", a tono con enunciados internacionales que han insistido en el manejo autónomo de la Seguridad Social. Así, por ejemplo, en la III Asamblea General de la Asociación Internacional de la *Seguridad Social, reunidad en Zurich en el año* 1929, *estableció que "Los órganos autónomos deben recibir poderes suficientes para asegurar el desarrollo normal del seguro".* Y estableció que esos poderes incluyen el "derecho de determinar", dentro del ámbito de la ley y del estatuto y de las Instituciones de Seguro, el monto y atribución de las prestaciones, reglamentar su

---

(29) Lo *destacado no* es *del original.*

administración financiera y la utilización de sus recursos", además "la facultad de nombrar el personal dirigente y el personal administrativo, así como fijar las condiciones del servicio de este personal". En la IX Asamblea General de la misma Asociación, reunida en Roma del 3 al 8 de octubre de 1949, se reiteró la importancia de que la seguridad social fuere confiada a organismos autónomos.

La autonomía de que goza la institución, ha sido reiterada en desarrollos jurisprudenciales muy recientes. Así, en resolución de la Corte Suprema de Justicia del 25 de mayo de 1989, se dijo:

*"La Constitución Política estableció como entes descentralizados a las Instituciones Autónomas y a los Municipios* (30), *cada una de las cuales encuentran regulación propia.*

*Así la autonomía de las Instituciones Autónomas deviene del artículo* 188 *de la Constitución, mientras la de las Municipalidades del artículo 170 de la misma. En Doctrina se ha distinguido entre autonomía administrativa, autonomía política y autonomía organizativa* (31). *Por autonomía administrativa se entiende la capacidad de autoadministrarse. La autonomía política es la capacidad de que el ente se fije sus propios objetivos directrices. La autonomía organizativa es la capacidad de dictarse su propia organización fundamental con exclusión de toda potestad legislativa.*

*Este último tipo de autonomía no la poseen las Municipalidades ni las Instituciones Autónomas, salvo las Universidades Públicas (artículo* 84 *de la Constitución Política)* (32).

*Salvo el caso de la Caja Costarricense de Seguro Social (artículo* 73 *ibid) las Instituciones Autónomas no tienen tampoco autonomía política, en virtud de la reforma del artículo 188 de la Constitución, hecha en 1968, que indicó que en*

---

*(30) V. MURILLO, Mauro. La descentralización administrativa* en *la Constitución Política. En: Revista de Ciencias Jurídicas, San José,* Nº *30,* 1976, *p.* 75 y ss.

(31) *MURILLO, Mauro. Op. cit. pp.* 82-83.

(32) *V.MUÑOZ, Hugo Alfonso. La Autonomía Universitaria. En: Revista de Ciencias Jurídicas, San José,* Nº 37, 1979, *p.* 187 y *ss.*

*materia de gobierno las Instituciones Autónomas están sujetas a la ley"* (33).

## La autonomía de la Caja en la doctrina nacional

La doctrina nacional ha sido conteste con la posición de que la Caja Costarricense de Seguro Social goza de autonomía en materia de gobierno y de administración, por virtud del texto actual del artículo 73 constitucional. Con gran solvencia ha afirmado el doctor Mauro Murillo:

*"Si ésta (la Caja) tiene no sólo la administración sino también el "gobierno"* de la materia de su competencia, si en el Constituyente hubo clara conciencia de la distinción entre "administración" y "gobierno", como lo demuestra el texto original y el vigente del artículo 188, y si en caso de conflicto sobre normas de un mismo cuerpo rige el principio de que la especialidad prevalece sobre lo general, no cabe entonces duda alguna de que la autonomía de la Caja no sufrió mengua en la tantas veces aludida reforma" (34).

En igual dirección, otro distinguido estudioso del Derecho Público Costarricense, ha afirmado:

*"En relación con la CCSS, el grado de autonomía otorgado a esta institución es más amplio, pues el constituyente le dio expresamente "la administración y el gobierno de los seguros sociales". "De donde se deduce que la ley no puede interferir, en materia de gobierno, respecto de la CCSS, la cual goza de plena autonomía para fijar sus propias líneas políticas sin injerencia tanto del Poder Ejecutivo como del legislador. Por ejemplo, las directrices que dicta el Poder Ejecutivo, por medio de la Autoridad Presupuestaria, en materia de inversiones y salarios, no son vinculantes para la CCSS, pues ello rozaría con su autonomía de gobierno garantizada por el articulo* 73 *de la Constitución"* (35). La Ley Constitutiva de la Caja, se

---

(33) *CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Resolución de la Corte Plena, de las 8:00 horas del 25 de mayo de* 1989, *en Acción de Inconstitucionalidad de Municipalidad del Cantón Central de Limón, contra párrafos* 4 y 5 *del artículo* 18 *de la* Ley *de Enriquecimiento Ilícito* Nº 6872 *de* 27 *de junio de* 1983. *Las notas que se intercalan en la transcripción, aparecen en el propio texto de la sentencia, aunque no como notas al pie.* Se *ha procedido en esta forma para facilitar la lectura del párrafo transcrito.* Lo *destacado no es del original.*

(34) *MUR1LLO, Mauro. Ensayos de Derecho Público.* 5. *La Descentralización Administrativa en la Constitución Política. Editorial Universidad Estatal a Distancia,* 1988, *p.* 86.

(35) *HERNANDEZ VALLE, Rubén. Instituciones de Derecho Público Costarricense. Editorial Universidad Estatal a Distancia. Agosto de* 1992, *p.* 131 Lo *destacado no* es *del original.*

ocupó de desarrollar la autonomía institucional, en diferentes normas, entre las que sobresalen el artículo 8, según el cual *"Los miembros de la Junta Directiva desempeñarán sus funciones con absoluta independencia del Poder Ejecutivo, y serán, por lo mismo, los únicos responsables de su gestión. Por igual razón, pesará sobre ellos cualquier responsabilidad legal que pueda atribuírseles. Serán inamovibles durante el periodo de su cometido, salvo que llegue a declararse en su contra alguna responsabilidad legal o que caigan dentro de las previsiones de los artículos* 7, *incisos b) y 9)";* el 14, que confía a la Junta Directiva de la institución, entre otras, la función de dirigir y fiscalizar las operaciones de la Caja, acordar las inversiones de sus fondos, dictar los reglamentos para el funcionamiento de la institución (36), y aprobar su presupuesto; el 23 le otorga a la Junta Directiva la facultad de determinar "Las cuotas y prestaciones...de acuerdo con el costo de *los servicios que haya de prestarse en cada región y de conformidad con los respectivos cálculos actuariales".* Esta norma, cuya constitucionalidad ya ha sido discutida en el seno de Corte Plena, cuando ella actuaba como Tribunal de control constitucional-antes de la creación de la Sala Constitucional- es de una importancia medular para el manejo de los seguros sociales en Costa Rica. La decisión, en materia tan sustantiva respecto de la autonomía técnica de la seguridad social, está atada únicamente a las reglas de la razonabilidad, que es un principio que ha sido desarrollado por la actual Sala Constitucional (37).

---

(36) *La Constitucionalidad de la facultad otorgada por ley a la Caja, de dictar los reglamentos para el funcionamiento de la institución, ya fue discutida, oportunidad en la que se dijo: "La atribución de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social para dictar los reglamentos para el funcionamiento de la institución no implica que se delegara en ella la potestad de reglamentar, que corresponde al Poder Ejecutivo según el inciso 3) del artículo 140 de la Constitución Política, pues aquellos reglamentos son los que se contraen al gobierno y administración de la Caja, que sí está ampliamente facultada para dictarlos, al tenor de lo que prescriben los artículos 73 y 188 constitucionales". Resolución de Corte Plena, sesión del 13 de agosto de 1953. Se advierte que se hace la referencia al articulo 188 constitucional, que en aquella fecha no había sido objeto de reforma. No obstante, la reforma de que posteriormente fue objeto, no afectó en absoluto el contenido del artículo 73 de la Constitución, que también le sirvió de fundamento.*

(37) *De acuerdo con el articulo 16 de la Ley General de la Administración Pública, inciso 1), "En ningún caso podrán dictarse actos contrarios a reglas unívocas de la ciencia o de la técnica, o a principios elementales de justicia, lógica o conveniencia", norma muy afín con el principio de razonabilidad constitucional. En igual sentido el articulo 160 ibidem, sanciona con la invalidez "El acto discrecional ...cuando viole reglas elementales de lógica, de justicia o de conveniencia según lo indiquen las circunstancias de cada caso".*

# A modo de conclusión

De todo lo expuesto, independientemente de las circunstancias legislativas que pudieran haber venido a matizar la autonomía de las entidades auxiliares del Estado que hoy día gozan solo de autonomía en materia de administración, y no de gobierno, una conclusión pareciera indudable, y es que la autonomía de la Caja es exactamente la misma que tuvo la institución en su nacimiento como institución descentralizada en el año de 1943, o sea que es indudable su existencia jurídica, tanto en materia de gobierno como en materia de administración.

Ese status jurídico que mantiente la Caja por expreso mandato constitucional, constituye para ella una garantía a la vez que una gran responsabilidad y un reto: son sus Directores los únicos y totales responsables de su dirección, y sus administradores son únicos y totales responsables de su gestión.

El destino de la institución, sin perjuicio del acomodo inteligente y razonable a los lineamientos de política gubernamental que fueren homologados por la Junta Directiva, es una responsabilidad que le compete únicamente a la Institución. En consecuencia, todas las instancias de revisión interna de los seguros actuales, de su organización, la inclusión de nuevos beneficios, las extensiones verticales y horizontales, la creación de nuevos seguros sociales (como, por ejemplo, un simplemente previsto en su Ley Constitutiva, cual es el de desempleo), etc. deben obedecer estrictamente al vuelo creativo de su propia imaginación, fundamentada en las técnicas correspondientes y la investigación objetiva sobre los requerimientos sociales que, en ámbito nacional, regional y local, está llamada a satisfacer la Institución. Especiales esfuerzos de acomodo conceptual y positivo deberían hacerse si la Caja, autonómicamente, llegare a disponer su sujeción a directrices gubernamentales en campos tan sensibles, como podrían serlo, por ejemplo, el de la salud, vista ésta como un cometido fundamental del Seguro de Enfermedad y Maternidad. Iguales esfuerzos deberían hacerse, ampliando más el espectro, si la Institución decidiere, también en forma autonómica sujetarse a los lineamientos gubernamentales en materia

previsional, vista ésta como un cometido final del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

Lo definitivamente importante es que la autonomía de la Caja no constituya nunca un problema en función de la necesaria unidad del Estado, y que más bien, con su rígida fundamentación técnica, constituya siempre esa autonomía-como perspectiva-una garantía de satisfacción plena de necesidades de la población nacional. La Caja es autónoma en materia de gobierno y de administración, por imperativo de la Constitución, pero debe demostrar, para los efectos de la realidad social, que debe seguir siéndolo en aras de la mayor conveniencia nacional, con criterios de acople y ajuste total con los demás cometidos estatales.

La autonomía, como cualquier otra institución jurídica, es un medio y no un fin en sí misma. Ese fin, en el caso de la Caja, es darle el mejor servicio al pueblo, que es al que debe supeditarse toda acción en una democracia.

# Bibliografía


1) **ALESSI, Renato. Instituciones de Derecho Administrativo. Bosch, Barcelona, 1970.**

2) **ARIAS VALVERDE, Oscar. La Tutela Administrativa en la Descentralización Funcional Costarricense. Tesis U.C.R., 1982.**

3) **BISCARETTI DIRUFIA, Paolo. Introducción al Derecho Constitucional Comparado. FCE. México 1975.**

4) **HERNANDEZ VALLE, Rubén. Instituciones de Derecho Público Costarricense. Euned. 1992.**

5) **JIMENEZ CASTRO, Wilburg. Problemática de la Gestión en las Instituciones Centralizadas Administrativamente. ICAP. Serie Ciencia de la Administración Nº 250.**

6) **JIMENEZ CASTRO, Wilburg. Los Dilemas de la Descentralización Funcional: Un Análisis de la Autonomía Institucional Pública. (ESAPAC), Serie Ciencia de la Administración Nº 237, San José, 1965.**

7) **MEOÑO SEGURA, Johnny. Administración Pública. Editorial U.C.R., 1982.**

8) **MURILLO, Mauro. Ensayos de Derecho Público. EUNED, 1988.**

9) **VILLALOBOS G., Francisco. La Descentralización Administrativa en Costa Rica. En: Revista de la Procuraduría General de la República. Año VIII, Nº 12, 1979.**


## Documentos


**Acta Final Primer Seminario de Instituciones Autónomas. San José, 1957.**

**Exposición de Motivos del Poder Ejecutivo al Congreso relativo al Proyecto de Ley sobre Seguro Social Obligatorio y texto de éste. En: Revista Jurídica de Seguridad Social. Año 1, Nº 1, Noviembre 1991.**

# Financiamiento de la Seguridad Social costarricense: Problemas y Perspectivas

Lic. Róger M. Aguilar G.

# Introducción

El análisis que se realiza sobre la problemática financiera de la Seguridad Social, se restringirá a los seguros sociales administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social, cuyos regímenes de protección comprenden la cobertura de las contingencias en torno a la salud y a la renta o ingreso que se percibe. No se incluye el Régimen de Riesgos del Trabajo administrado por el Instituto Nacional de Seguros, ni otros programas de la Seguridad Social administrados por otras instituciones.

En la actualidad los análisis y discusiones sobre el financiamiento de los sistemas o regímenes de protección propios de la Seguridad Social abarcan un enfoque multidisciplinario. Desde esta perspectiva, sobresalen los puntos de vista macroeconómicos, financiero y actuarial, en el marco de lo que llamamos administración, técnica y doctrina de la Seguridad Social.

En este marco, el propósito fundamental es la búsqueda de las más apropiadas fuentes de financiamiento de regímenes de protección, que sean sustentables en el largo plazo. Cuando nos referimos a fuentes apropiadas y regímenes de protección sustentables evocamos un proceso de optimización en torno a variables y condicionantes relacionados con la calidad de dichas fuentes y de las necesidades de protección a brindar.

Como puede observarse, el problema del financiamiento se origina en la interrelación que existe entre los sistemas de financiamiento y regímenes de protección de la Seguridad Social y el correspondiente nivel de desarrollo socioeconómico nacional, en el que se encuentran enmarcados. Es conocido que el financiamiento y la calidad de la protección que se brinda, están condicionados por el desarrollo socioeconómico nacional, pero también es sabido que la disposición de los adecuados recursos financieros y la calidad de la protección brindada, son un componente importante del desarrollo social y, a la vez, determinan importantes efectos sobre la calidad de vida, el ingreso, el empleo, la productividad y el crecimiento económico en general.

De la interrelación y los condicionamientos expresados, surge la necesidad de enmarcar el financiamiento y los regímenes de protección de la Seguridad Social, dentro de un nuevo concepto de desarrollo.

## Desarrollo y financiamiento de la seguridad social

Algunos actuarios otorgamos una importancia fundamental al principio de correspondencia entre el desarrollo de la Seguridad Social y el desarrollo nacional.

Las posibilidades financieras y de desarrollo de la Seguridad Social, están condicionadas por el nivel de desarrollo económico y social de cada nación, pero a la vez, los progresos de la Seguridad Social contituyen un componente importante del desarrollo social y determinan fuertes efectos sobre el desarrollo económico, tal y como se ha mencionado.

Esta dicotomía nos encauza hacia un nuevo concepto de desarrollo que involucra los conceptos tradicionales de desarrollo económico y social, con especial énfasis en la calidad de vida y el cuidado del medio ambiente. Este nuevo concepto es conocido como desarrollo sostenible o sustentable. La Comisión Mundial sobre Ambiente y Desarrollo lo define como un estado de bienestar derivado de un proceso que satisface las necesidades del presente sin sacrificar las necesidades del futuro. Este enfoque contempla conceptos como:

Crecimiento en armonía con la naturaleza.
El mundo vacío ha desembocado en un mundo lleno.
Países sin fronteras o país universal.
La salud, alimentación, vivienda, educación, vestido, aire, agua y transporte, son prioritarios.

Reconoce que el nivel de ingreso es importante, pero sostiene que es insuficiente para garantizar o cubrir muchas de las necesidades básicas, ya que éstas no están al alcance en el mercado.

Para efectos de medición, se han creado nuevos índices que tratan de reconocer el efecto de otras variables que se consideran importantes. Entre ellos está el Indice de Desarrollo Humano, que es función del ingreso, de la educación y de la esperanza de vida.

## Financiamiento y Desarrollo Social:

El grado de desarrollo social está determinado por el nivel de bienestar general de los individuos y de la colectividad" en los planos sanitario, económico y

propiamente social. Las medidas o estrategias que el Estado adopta con el fin de garantizar un nivel de bienestar general se incluyen en el ámbito de la política social, y están condicionadas por la disposición de los recursos financieros y económicos pertinentes.

### Política Social Básica

Comprende las medidas que pretenden alcanzar un nivel básico de bienestar en los tres planos mencionados. En lo sanitario incluye la medicina preventiva, la medicina comunitaria y la sanidad ambiental. En lo económico, incluye la política de pleno empleo, regulación de salarios mínimos, cargas familiares y vivienda. En este punto, la asistencia social podría entenderse como política paleativa, con el objeto de garantizar un nivel básico de bienestar económico. En lo social, abarca la educación pública, la rehabilitación social, la adaptación social de la infancia como inversión social y la política preventiva en la seguridad e higiene del trabajo.

Obsérvese que todas las medidas citadas tienden a garantizar al individuo un nivel básico de bienestar general.

### Política Social Asistencial

Comprende las medidas que pretenden garantizar, en todo momento, el nivel básico inicial, mejorándolo paulatinamente si fuese posible.

Esta política tradicionalmente se enmarca en la Seguridad Social y se entiende por política de prestaciones. Se define aquí el riesgo como las contingencias que pueden determinar un cambio en el nivel de vida y las medidas para cubrir a los individuos como la previsión. Las prestaciones pueden ser sanitarias, económicas y sociales como antes; sin embargo, en esta caso, todas estas medidas se contemplan dentro de la política de Seguridad Social tradicional.

### Política Social Promocional

Se trata de las medidas que pretenden mejorar el nivel básico y garantizar el más alto grado de bienestar a los individuos. En lo sanitario, comprende la medicina mejorativa y algunas ramas especializadas, y la promoción y fomento de la salud.

En lo económico, incluye los sistemas complementarios y la política de extensión como el crédito y el ahorro. En lo social, incluye la promoción humana y social (individual y comunitaria). Obsérvese que todas las medidas apuntadas se contemplan en los esquemas modernos de política de Seguridad Social.

En este esquema general de política social, podemos discriminar la política de Seguridad Social y modelar los regímenes de protección de la Seguridad Social, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente. No obstante que se requiere distinguir la Seguridad Social de la política social, resulta contraproducente separarlas o aislar los esfuerzos de una y otra.

En la política social se incluye la educación y los programas de asistencia social, lo que marca una de las grandes diferencias entre política social y de Seguridad Social. Esta última puede entenderse a través de lo que llamamos un concepto restringido y uno ampliado, en cuanto a su competencia y protección a ofrecer, en el marco de la política social. En el caso del concepto restringido, se incluye la protección de las contingencias alrededor de la renta, o sea, los sistemas de protección económica; tales como los fondos de pensiones y compensaciones, incluyendo la cobertura económica de los riesgos del trabajo.

En la concepción ampliada se incluye la protección de las contingencias en torno a:

1) La renta
2) La salud
3) La locación
4) La formación y el desarrollo social

En general, predominan los sistemas de Seguridad Social que protegen, típicamente, las contingencias en torno a la renta y a la salud. En todo caso, la Seguridad Social, la salud y la educación son considerados como los componentes fundamentales de la política social y del bienestar general. La preocupación fundamental es disponer de las fuentes y recursos financieros y económicos que permitan perfilar regímenes de protección que brinden el mayor nivel de bienestar general, que sea sustentable. El logro de estos propósitos obviamente

**Costa Rica**
**Producto interno bruto real y tasas de crecimiento**

| AÑO | Producto Interno Bruto | Tasa de crecimiento % |
|---|---|---|
| 1983 | 129.314,0 | --- |
| 1984 | 139.683,7 | 8,01 |
| 1985 | 140.667,9 | 0,70 |
| 1986 | 148.452,3 | 5,53 |
| 1987 | 155.297,2 | 4,61 |
| 1988 | 161.374,0 | 3,91 |
| 1989 | 170.459,5 | 5,63 |
| 1990 | 176.659,5 | 3,64 |
| 1991 | 180.069,8 | 1,93 |
| 1992 | 193.156,7 | 7,27 |

**NOTA: El P.I.B. en millones de colones del año 1983**

tiene fuertes repercusiones sobre el empleo, la productividad y el crecimientos económico nacional.

## Financiamiento y Desarrollo Económico

Como se ha dicho, el desarrollo de la Seguridad Social está condicionado por el desarrollo económico, por lo que resultan especialmente relevantes los análisis y el diseño de estrategias que contemplen la correspondencia que debe observarse entre la disposición de recursos financieros y el desarrollo económico nacional.

Los efectos de una crisis económica sobre la Seguridad Social son muy adversos en las áreas de financiamiento y de la calidad de protección a brindar, por cuanto restringen los recursos y aumentan las necesidades. Los aumentos en el desempleo reducen los niveles de ingresos por contribuciones e incrementan las necesidades de protección económica y sanitaria. La presencia de altos índices de inflación aunados a la inestabilidad y reducción de los salarios reales, determinan reducción de ingresos y aumentos en los costos de la Seguridad Social.

Deseamos resaltar el condicionamiento económico y el principio de correspondencia entre el desarrollo económico y

el desarrollo de la Seguridad Social, pues sólo se puede garantizar un determinado nivel de bienestar general, en la medida en que se disponga de los recursos financieros y económicos pertinentes.

El crecimiento del Producto Interno Bruto en términos reales es un indicador del crecimiento económico y puede utilizarse para determinar los techos presupuestarios de la Seguridad Social. El cuadro de la página anterior contiene la variación del Producto Interno Bruto, (P.I.B.), para la última década. Comprende los años de 1983 a 1992 y los montos se expresan en millones de colones del año 1983.

Como puede observarse, el crecimiento en términos reales del Producto Interno Bruto en dicho período, alcanzó una tasa media anual del 3,67%, lo que puede considerarse satisfactorio, dado que la población creció a una tasa menor. No obstante, la variación presenta poco uniformidad, pues para los años 1985 y 1991 el crecimiento fue del 0,7% y del 1,9%, respectivamente. Para los años 1984 y 1992 el crecimiento fue del 8,01 % y del 7,27%, respectivamente.

Dicho crecimiento económico ha venido a compensar los efectos adversos de la crisis vivida a principios de los años ochentas.

Los efectos más importantes de las variaciones macroeconómicas, en la Seguridad Social, pueden derivarse de los niveles de crecimiento y estabilidad económica. Es claro que entre mayor sea el crecimiento real del Producto Interno Bruto, mayores son las posibilidades de aumentar los ingresos de la Seguridad Social y por ende la calidad de protección. Igualmente, a mayor estabilidad, menores son las desviaciones reales de los ingresos y egresos de la Seguridad Social.

En el cuadro de la página siguiente, se presentan los montos de los ingresos de los seguros sociales y el Producto Interno Bruto en colones corrientes para el período 1983 a 1992. Igualmente, se presenta la tasa de participación porcentual de los ingresos de los seguros sociales en el Producto Interno Bruto.

El nivel de ingresos de los seguros sociales se ha mantenido entre el 8% y el 10,3% del Producto Interno Bruto. Presenta un crecimiento que va del 8,04% en 1984 al 10,27% en 1990. Para los últimos años dicha participación decrece, pues en el año 1991 disminuye a 9,64% y para 1992 a 9,31 %.

**Costa Rica**
**Participación de los ingresos**
**de la Seguridad Social en el PIB**
**Años 1983-1992**
**- en millones de colones corrientes-**

| AÑO | INGRESOS E Y M | INGRESOS IVM | TOTAL INGRESOS | P.I.B | PARTICIPACION % |
|---|---|---|---|---|---|
| 1983 | 7.559,4 | 2.842,2 | 10.401,6 | 129.314,0 | 8,04 |
| 1984 | 9.831,2 | 3.891,4 | 13.722,6 | 163.010,0 | 8,42 |
| 1985 | 11.929,6 | 5.276,0 | 17.205,6 | 197.919,8 | 8,69 |
| 1986 | 14.267,9 | 6.670,7 | 20.938,6 | 246.579,3 | 8,49 |
| 1987 | 18.157,8 | 8.170,8 | 26.328,6 | 284.038,5 | 9,27 |
| 1988 | 22.556,6 | 10.220,0 | 32.776,6 | 347.599,7 | 9,43 |
| 1989 | 28.322,7 | 12.861,3 | 41.184,0 | 423.080,4 | 9,73 |
| 1990 | 36.500,4 | 17.130,7 | 53.631,1 | 522.205,5 | 10,27 |
| 1991 | 44.617,7 | 21.898,1 | 66.515,8 | 689.847,5 | 9,64 |
| 1992 | 54.981,5 | 26.777,6 | 81.759,1 | 878.283,5 | 9,31 |

**Fuente:** Dirección Actuarial y de Planificación Económica. Caja Costarricense de Seguro Social

La participación de los ingresos de la Seguridad Social en el Producto Interno Bruto, es un indicador del nivel de recursos disponibles por la economía nacional, para el financiamiento de los regímenes de protección. Si bien a la Seguridad Social conviene que dicho porcentaje no disminuya a través del tiempo, también debemos reconocer que su crecimiento desmedido compromete los recursos destinados hacia otros programas sociales y puede constituir una fuerte restricción al crecimiento y desarrollo económico.

Por tanto, se requiere que los niveles de participación del gasto y del ingreso de la Seguridad Social en el P.I.B., se mantengan dentro de un rango apropiado, de forma tal que no disminuya ni aumente abruptamente, a fin de no introducir distorsiones que restrinjan la disposición de recursos o el crecimiento y la estabilidad económica. Este balance en el nivel de recursos disponibles por la Seguridad Social, refleja los condicionamientos que impone el principio de correspondencia

con el desarrollo económico nacional.

Presentamos en el cuadro anterior la suma de los ingresos de los seguros de Enfermedad y Maternidad e Invalidez, Vejez y Muerte, con un carácter indicativo, habida cuenta de que los métodos de financiamiento y la disposición de recursos están ampliamente diferenciados. El propósito fundamental es llamar la atención sobre el nivel de recursos que detrae la Seguridad Social.

## Financiamiento y principios informadores

Un requisito previo para el desarrollo del proceso de optimización, a que puede circunscribirse el problema del financiamiento de la Seguridad Social, es establecer el ordenamiento de las estructuras jurídicas y un balance entre los siguientes principios informadores:

1. Universalidad - Obligatoriedad
2. Solidaridad - Equidad
3. Subsidariedad - Autonomía de Gestión
4. Correspondencia con el Desarrollo Nacional
5. Solidez y Estabilidad Financiera

Como puede observarse, los principios informadores que tradicionalmente utilizan los sistemas de Seguridad Social, condicionan el financiamiento. En nuestro criterio, se hace imprescindible establecer dos principios fundamentales adicionales: el Principio de Correspondencia con el Desarrollo Nacional y el Principio de solidez y Estabilidad Financiera.

## Universalidad - Obligatoriedad

El principio de universalidad del derecho a la Seguridad Social, establece la obligación de llevar la protección a todo el universo o campo máximo de aplicación. En el caso de las contingencias alrededor de la salud, este campo de aplicación es la comunidad nacional sin distingo alguno. Mientras que en el caso de las contingencias alrededor de la renta, el campo de aplicación es la población activa que percibe ingresos y sus dependientes.

El principio de universalidad de la cobertura debe incluir

el componente de suficiencia y calidad de la protección o prestaciones, lo que pone en relieve la necesidad de garantizar los recursos suficientes para hacer llegar la protección requerida a todos los sectores del universo en cuestión. En este momento, es cuando empieza a vislumbrarse el papel del financiamiento y de la técnica actuarial de la Seguridad Social.

En lo que respecta a la suficiencia y calidad de la protección en nuestro país, existe una contradicción importante sobre los límites de la Seguridad Social en el cotexto de la política social. Pues en el régimen de protección de la salud se ha establecido un límite para diferenciar la política preventiva a cargo del Ministerio de Salud del resto de los esfuerzos realizados por la Caja Costarricense de Seguro Social.

En el caso de las contigencias alrededor de la renta, es claro que la política preventiva debe orientarse en el pleno empleo y en la garantía de salarios e ingresos mínimos, tarea que compete directamente a las instituciones del trabajo y a la política social, pero no a la Seguridad Social. Pareciera que si ahondamos en estos aspectos, vamos a encontrar un traslapo entre la cobertura horizontal y la vertical, que nos ubica más bien en la problemática del establecimiento de un límite entre la Seguridad Social y la asistencia y el desarrollo social. En todo caso, no es sostenible la tesis de que los programas de generación de empleo, de salarios mínimos y de asistencia social, son competencia de la Seguridad Social.

En cuanto al principio de obligatoriedad, universalmente aceptado, debemos indicar que en el caso costarricense, se ha limitado al sector asalariado. Han existido intentos en la década de los sesentas y en la de los setentas y también en los último años, por lograr la consagración de la obligatoriedad de todos los costarricenses, al menos, en el seguro de salud.

### Solidaridad - Equidad

El principio de solidaridad se orienta más hacia la concepción del Sistema de Seguridad Social, que al derecho mismo. Procura garantizar la protección que se requiera, mediante un esquema de solidaridad en cuanto a las responsabilidades financieras y en cuanto a las características de riesgo o incertidumbre de los diferentes individuos involucrados. Aquí aparece otra vez una diferencia importante en cuanto a la necesidad de cubrir las contingencias en torno

a la salud y en torno a la renta o ingreso que percibe. En el segundo caso, existen condiciones de certidumbre en torno al ingreso, que pueden determinar diferencias importantes relativas a la protección requerida, por lo que se hace necesario contrastar la solidaridad y la equidad, otorgando algún predominio a la solidaridad, en virtud de la necesidad de garantizar un nivel mínimo de prestaciones económicas. Este principio es un instrumento para otorgar solidez y consistencia a los sistemas de Seguridad Social. En este punto, algunos especialistas defienden la vigencia de los modelos neobismarkianos en la prevención de las contingencias en torno a la renta o ingreso que se percibe.

### Subsidariedad - Autonomía

El principio de subsidariedad del Estado establece que en última instancia, el Estado es responsable de garantizar el derecho a la Seguridad Social. Las responsabilidades financieras del Estado deben diferenciarse en cuanto se refieran a la protección de la salud o a la protección económica, en función del campo máximo de aplicación y de la solidaridad que requiere el sistema en cada régimen de protección, ya sea de salud o de renta.

El principio de autonomía de gestión, también es un instrumento que garantiza mayor facilidad y flexibilidad, para ajustar la política y los sistemas a las condiciones económicas y sociales.

La autonomía libera al sistema de algunas restricciones impuestas por las finanzas públicas y los condicionantes políticos propios de la lucha de intereses y prioridades establecidas en el marco de la política social, desarrollada directamente por el Poder Ejecutivo.

Al practicarse la autonomía por medio de un órgano colegiado con representación del Estado y de los diferentes sectores interesados de la comunidad nacional, se pueden desarrollar los sistemas y regímenes de protección más apegados a las necesidades primarias fundamentales, a la realidad económica y al desarrollo social de la comunidad.

Como habrá podido notarse, los principios informadores de la Seguridad Social constituyen directrices generales que

condicionan los regímenes de protección y el financiamiento inherente. Los principios de correspondencia con el desarrollo nacional y de estabilidad y solidez financiera son directrices generales que condicionan y orientan los sistemas de financiamiento de la Seguridad Social, aunque obviamente podrían adquirir la jerarquía de los principios tradicionales.

Como se ha dicho, en nuestro caso, enfatizamos la discusión y el análisis en los dos últimos principios antes mencionados, en el marco de los seguros sociales administrados y gobernados por la Caja Costarricense de Seguro Social, cuya estructura y financiamiento se derivan del orden constitucional, en los artículos 73º y 177º de la Carta Magna. Dichos artículos establecen un sistema de financiamiento tripartito, mediante el aporte o contribución obligatoria de los trabajadores, patronos y el Estado, para el sostenimiento de un régimen de protección universal.

### Principio de Correspondencia con el Desarrollo Nacional

A nuestro juicio, este principio es relevante en atención al problema del financiamiento de la Seguridad Social, pues garantiza la factibilidad y el equilibrio financiero de largo plazo de los sistemas de protección. Particularmente establece que los recursos o las fuentes de financiamiento y los gastos inherentes a los regímenes de protección, deben hacerse corresponder y están condicionados por el nivel de desarrollo económico y social nacional.

Los gastos y, más específicamente, los programas enmarcados dentro del régimen de protección, deben responder a las necesidades de los asegurados, distinguiendo a la vez las necesidades que sean factibles de financiar. Esta dicotomía, necesidades de protección versus posibilidades financieras y económicas, es el punto de partida del proceso de optimización en términos de eficiencia y eficacia, a que se ven abocados los sistemas de protección de la Seguridad Social. Como se ha dicho, este proceso de optimización es considerado el problema fundamental del financiamiento de la Seguridad Social.

Por otra parte, los gastos, al reflejar las necesidades de protección de la comunidad, están condicionados por el nivel de desarrollo social de la misma.

### Principios de Solidez y Estabilidad Financiera

El principio de solidez y estabilidad financiera de los regímenes de protección de la Seguridad Social, establece que los métodos o sistemas de financiamiento deben ser sólidos y estables para garantizar el equilibrio financiero deseado. Pues de ello depende la sustentabilidad de los regímenes de protección en el largo plazo. La solidez y estabilidad que proporciona un método de financiamiento se originan en la calidad de las fuentes de financiamiento, donde particularmente los sistemas de evaluación y control permiten ir ajustando las fuentes y niveles de ingreso a las posibilidades reales de la economía nacional.

Las fuentes de financiamiento ligadas a contribuciones sobre los salarios e ingresos de la población económicamente activa, han comprobado ser fuentes inmejorables, dada su seguridad y solidez en términos monetarios y económicos en general. Los salarios e ingresos de la población económicamente activa son un reflejo del nivel de desarrollo económico y se revalúan de acuerdo con los índices de inflación, productividad y crecimiento económico. Debemos reconocer que si la economía va bien, entonces podrá destinarse mayor cantidad de recursos financieros y económicos a la Seguridad Social y, si esto ocurre, entonces la protección tendrá mayores efectos sobre la calidad de vida, la productividad y el crecimiento económico.

También se considera un componente fundamental de la solidez y estabilidad financiera, la consistencia derivada de regímenes de protección ajustados a las necesidades de los asegurados y a sus posibilidades financieras y económicas.

# Sistemas y métodos de financiamiento:

### Sistemas de Financiamiento

En el caso de los seguros de Enfermedad y Maternidad e Invalidez, Vejez y Muerte, de acuerdo con los artículos 73º

y 177º de la Constitución Política, las responsabilidades primarias del financiamiento de los regímenes de protección recaen en:

a) Los trabajadores, por medio de contribuciones sobre sus ingresos.
b) Los patronos, por medio de contribuciones sobre los salarios que pagan.
c) El Estado como subsidiario, por medio de aportes de acuerdo con las necesidades.

Por razones históricas y de orden técnico actuarial, los sistemas y métodos de financiamiento de los seguros sociales se encuentran ampliamente diferenciados.

En el caso del Seguro de Enfermedad y Maternidad, los conceptos de trabajador y patrono se han ampliado de acuerdo con los avances de la legislación establecida durante las últimas dos décadas. Aparece el concepto de asegurados directos, que son considerados jefes de familia asalariados o pensionados. Al concepto de patrono se agrega el concepto de fondo de pensiones, que se encarga de aportar la cuota "patronal" de los pensionados.

El papel del Estado incluye la cuota del Estado como tal, por ser subsidiario de todos los grupos de asegurados. Además, incluye la cuota complementaria para el Régimen Voluntario de Protección de los Trabajadores Independientes, quienes no pagan cuota patronal; igualmente, la cuota del Régimen de Protección a Cargo del Estado, para el financiamiento de la atención a los desocupados e indigentes.

## Métodos de Financiamiento

En el caso del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, el método de financiamiento actualmente utilizado es de capitalización parcial moderada, por medio de primas escalonadas. No obstante, los resultados de las evaluaciones actuariales revelan que difícilmente será rescatable algún nivel importante de capitalización. Por tanto, se ha previsto la transformación hacia un método de reparto con una reserva de contingencia. En este caso, la función de dicha reserva se caracteriza por proporcionar seguridad financiera, para maniobrar ante desviaciones imprevistas, tanto en los ingresos

como en los egresos. No está destinada a la capitalización con el fin de atraer recursos adicionales para atender gastos corrientes de operación, como es el caso de los métodos de capitalización.

En el caso del Seguro de Enfermedad y Maternidad, el método de financiamiento usado es el reparto anual, con la disposición de fondos de reserva destinados al mantenimiento y mejora de la capacidad de la red instalada para ofrecer servicios, en todo el territorio nacional, además del establecimiento de otros fondos de reserva que permitan definir la capacidad de endeudamiento y mantener márgenes de seguridad en el manejo financiero.

El método de reparto anual se caracteriza por la disposición de los recursos previstos anualmente, para hacer frente a los gastos de operación de cada ejercicio anual. Esto significa que los ingresos corrientes del año se ajustan a los gastos de operación del mismo período.

### Financiamiento del seguro de invalidez, vejez y muerte

El Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte se inició en Costa Rica con un modelo de financiamiento conocido como "prima media nivelada", que en teoría significa garantizar el equilibrio financiero del programa a largo plazo, por medio de una tasa de contribución que se mantiene constante a través de los años de gestión del seguro. Así, la prima media determina el nivel necesario de ingresos, o sea el porcentaje de cotización sobre los salarios, que equilibra el valor actual probable de todos los futuros ingresos y el valor actual probable de todos los futuros egresos.

Entre algunas de las características de este tipo de financiamiento figura que, durante los primeros años de funcionamiento del programa, los ingresos por contribuciones superan a los egresos. Los superávits se acumulan en una reserva, conocida como reserva técnica, que permite realizar inversiones a largo plazo, con la expectativa de que cuando el régimen alcance cierta madurez, los rendimientos se consideran como otra fuente de ingresos. Si la inversión de los capitales acumulados en reservas es prudente y rentable, entonces los intereses obtenidos más las contribuciones,

garantizan el equilibrio financiero permanente. Dada la importancia que adquieren los intereses, este modelo se denomina de capitalización completa.

El modelo de financiamiento de capitalización completa, en la práctica, no siempre resulta efectivo. Tal fue el caso del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, fundamentalmente por las modificaciones que sufren los salarios cotizables, los beneficios y el rendimiento del capital y, en general, las variaciones económicas en que se ha visto inmerso el país en las últimas décadas.

Por tanto, atendiendo a los resultados de las evaluaciones actuariales, ya a finales de la década de los años setentas se procedió a la transformación del modelo de financiamiento a utilizar, pasando a un modelo denominado mixto o de capitalización parcial, por medio de primas escalonadas.

## Modelo de Financiamiento

El modelo de prima escalonada utilizado se caracteriza porque el nivel de contribuciones aumenta en determinados períodos, garantizando el equilibrio financiero dentro de cada período. Con este modelo se prevé la acumulación de reservas, cuya cuantía es sustancialmente inferior a la reseva que se acumula bajo el modelo de "prima media nivelada". La importancia de los intereses es mucho menor, por lo que se concibe como un sistema de capitalización parcial. Cuando el nivel de capitalización es parcial moderado, como es el caso del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, la función esencial de la reserva es proteger al programa contra inesperados desequilibrios financieros de corto plazo.

Por tanto, el rendimiento o intereses se consideran principalmente destinados a mantener el valor relativo de la reserva con respecto a los egresos. Su función generadora de ingresos adicionales para atender gastos de operación, pasa a un segundo plano.

Por tanto, el rendimiento o intereses se consideran principalmente destinados a mantener el valor relativo de la reserva con respecto a los egresos. Su función generadora de ingresos adicionales para atender gastos de operación, pasa a un segundo plano.

Las reservas que se acumulan bajo un plan de financiamiento de primas escalonadas, dependen en gran parte de los niveles y duración de los distintos escalones o aumentos en las primas. Por lo general, cuando los escalones son altos, puede permitirse una larga duración para ese escalón en particular, antes de pasar al próximo aumento en la prima. Bajo las condiciones antes apuntadas, un alto escalón produce superávits en los primeros años y se acumulan mayores reservas. Por otro lado, cuando los escalones son bajos, su duración es corta y se acumulan menores volúmenes en las reservas.

Para la selección de los escalones en las primas, debe considerarse el nivel de las reservas que se generaría, por lo que la selección implica la determinación de una combinación óptima de los siguientes factores:

1) Nivel del escalón.
2) Duración del escalón.
3) Nivel de reservas.

El nivel del escalón y la duración del período de equilibrio manifestan una alta sensibilidad a los factores económicos, políticos y sociales. Por esta razón se considera recomendable una estretegia que promueva bajo nivel del escalón y mayor duración posible del período de equilibrio.

### Nivel de Fondos de Reserva

En el modelo de financiamiento de prima escalonada, con capitalización parcial moderada, los fondos que se acumulan deben ser vistos con referencia a los egresos. Estos fondos juegan un papel muy esencial como "reserva de contigencia", que protege al programa contra posibles futuras inestabilidades económicas. El valor relativo de estos fondos se puede medir también en relación con el costo futuro de las pensiones vigentes, pero este tipo de de medición pertenece más bien a un financiamiento de capitales de cobertura y no a uno de prima escalonada como el usado en nuestro caso.

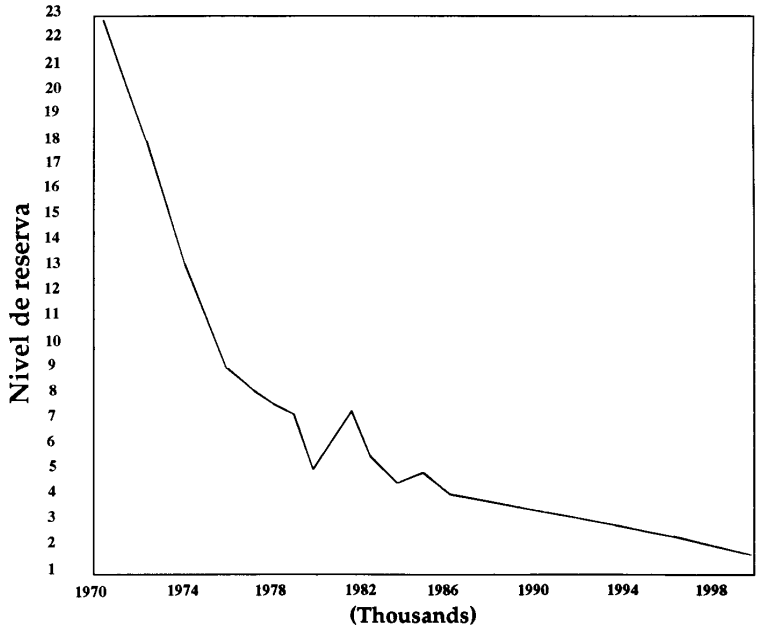
El cociente de reserva funge como un índice actuarial que puede ser usado en el desarrollo de planes de financiamiento. Se define a partir de la relación o la razón que guardan las reservas disponibles al inicio del año de

ejercicio, con los egresos proyectados para ese año.

Los niveles de reserva recomendables dependen directamente de la estabilidad económica del país; en el caso del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, se utiliza un cociente de reserva alrededor de 3,0, según se propone en la última evaluación actuarial, realizada en marzo de 1992. De acuerdo con los márgenes de seguridad estimados, se permite un fluctuación entre un límite mínimo de 2,5 y uno máximo de 3,5. El cociente de reserva de 3,0 es considerado como un nivel óptimo para la programación de este seguro, y constituye un indicador hacia el cual se debe orientar la planificación financiera del mismo.

En el gráfico siguiente se presenta la variación del cociente de reserva para el período de 1970 al año 2000, suponiendo que las condiciones actuales se mantienen.

**Cuadro de variación cociente de reserva**




**Fuente:** Dirección Actuarial y de Planificación Económica Caja Costarricense de Seguro Social

En el gráfico de la página anterior, las previsiones actuariales revelan que el cociente de reserva disminuye vertiginosamente en el período que va de 1970 a 1991, de 22,50 hasta 2,76. Igualmente, se estima que a partir del año 1994 este cociente se va a reducir por debajo de 2,5, si los niveles de contribución y el perfil de beneficios se mantienen según las condiciones actuales. Un nivel inferior al que se recomienda, acarrea menos seguridad financiera, en la operación del seguro. Ante estas perspectivas se considera recomendable realizar modificaciones tanto en el perfil de beneficios como en el nivel de contribuciones, con el objeto de garantizar la estabilidad y equilibrio financiero.

## Estructura Contributiva

En la actualidad, el nivel de contribución global en este seguro, se desglosa de la siguiente manera:

Contribución Patronal del 4,75% de los salarios.
Contribución del Trabajador del 2,50% de su salario.
Contribución Estatal del 0,25% del total de salarios.
Contribución Total del 7,50% sobre los salarios.

En la estructura del financiamiento de este seguro, los principales problemas se relacionan con la no observancia de los principios de universalidad y obligatoriedad. Esto por cuanto el grupo de Trabajadores Independientes, protegido mediante el régimen voluntario, no ha accedido al seguro. Igualmente, puesto que el grupo de trabajadores cubiertos por los Regímenes Especiales de Pensiones y Jubilaciones del Sector Público, no están protegidos y no cotribuyen al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

Tradicionalmente, el nivel de cobertura en el régimen voluntario de los independientes, se ha mantenido muy por debajo de los niveles deseados.

| AÑO | INDEPENDIENTES | INDEPENDIENTES ASEGURADOS | COBERTURA |
|---|---|---|---|
| 1983 | 166.374 | 166.374 | 1,44% |
| 1987 | 224.482 | 224.482 | 1,64% |
| 1992 | 272.555 | 272.555 | 2,73% |

En lo que respecta a los empleados y funcionarios públicos cubiertos por los Regímenes Especiales, a junio de 1992, se estima una cobertura de 58 mil trabajadores, lo que representa un 5,2% de la población económicamente activa ocupada y un 10,6% en relación con el número de asegurados en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

Denominados Regímenes Especiales de Pensiones y Jubilaciones del Estado, a los regímenes contributivos de protección, establecidos por leyes especiales y por la ley que crea el régimen general con cargo al presupuesto nacional, que en la práctica resultan sustitutivos del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte. Dichos regímenes pueden detallarse de la siguiente manera:

1. Ley de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional, Nº 2248 de setiembre de 1958 y sus reformas.
2. Ley de las Jubilaciones y Pensiones Judiciales, Nº 34 del 9 de junio de 1939 y sus reformas.
3. Ley de Creación del Régimen General de Pensiones con cargo al Presupuesto Nacional Nº 7302 del 8 de julio de 1992.

El Régimen General de Pensiones con cargo al Presupuesto Nacional integra a los regímenes de Hacienda, Obras Públicas y Transportes, Comunicaciones, Registro Público y otros.

Los tres regímenes antes mencionados se mantienen vigentes, pese a que la primera Ley del Seguro Social de noviembre de 1941 establece las condiciones transitorias para su funcionamiento y su derogatoria.

## Equilibrio Financiero

El equilibrio financiero de corto y mediano plazo puede entenderse a través del balance anual entre los ingresos por contribuciones y egresos corrientes, en virtud de la función principal de las reservas de este seguro. De acuerdo con las proyecciones actuariales, la prima o cotización global del 7,5% sobre los salarios con que se opera en la actualidad, no será suficiente para financiar el costo de operación a partir del año 1994. Se estima que las causas fundamentales de tal desequilibrio, radican en la dinámica demográfica y en el perfil

de protección del estado de invalidez. Por tanto, se considera que la perspectiva hacia el futuro, será elevar paulatinamente dicho nivel de contribución y además racionalizar el perfil de beneficios, tal y como se apuntó anteriormente, a fin de lograr el equilibrio financiero de mediano y largo plazo.

El equilibrio financiero y la sustentabilidad del régimen de protección están arraigados en la disposición de los recursos pertinentes al financia miento de un perfil de beneficios racionalizado. La determinación de dicho perfil, a

**Caja Costarricense de Seguro Social**
**Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte**
**Costo Total por cientos de salarios**
**Masa salarial cotizable efectiva**

| AÑO | COSTO POR INVALIDEZ (1) | COSTO POR VEJEZ (2) | COSTO POR MUERTE (3) | COSTO OTROS EGRESOS (4) | COSTO GASTOS ADMINISTRATIVOS (5) | COSTO TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1982** | 1,32 | 1,52 | 0,73 | 0,10 | 0,10 | 4,42 |
| **1983** | 1,34 | 1,50 | 0,78 | 0,15 | 0,15 | 4,66 |
| **1984** | 1,54 | 1,76 | 0,87 | 0,14 | 0,14 | 5,15 |
| **1985** | 1,73 | 2,04 | 1,00 | 0,09 | 0,09 | 5,76 |
| **1986** | 1,90 | 2,32 | 1,11 | 0,02 | 0,02 | 6,31 |
| **1987** | 1,90 | 2,50 | 1,16 | 0,13 | 0,13 | 6,59 |
| **1988** | 2,03 | 2,69 | 1,22 | 0,09 | 0,09 | 7,02 |
| **1989** | 1,99 | 2,76 | 1,20 | 0,06 | 0,06 | 6,97 |
| **1990** | 1,92 | 2,87 | 1,18 | 0,05 | 0,05 | 7,04 |
| **1991** | 1,90 | 3,15 | 1,21 | 0,05 | 0,05 | 7,33 |
| **1992** | 2,03 | 3,16 | 1,21 | 0,03 | 0,03 | 7,39 |
| **1993** | 2,07 | 3,17 | 1,19 | 0,03 | 0,03 | 7,40 |
| **1994** | 2,17 | 3,21 | 1,20 | 0,03 | 0,03 | 7,57 |
| **1995** | 2,26 | 3,25 | 1,20 | 0,03 | 0,03 | 7,73 |
| **1996** | 2,37 | 3,29 | 1,22 | 0,03 | 0,03 | 7,93 |
| **1997** | 2,42 | 3,25 | 1,21 | 0,03 | 0,03 | 7,93 |
| **1998** | 2,62 | 3,34 | 1,27 | 0,03 | 0,03 | 8,34 |
| **1999** | 2,78 | 3,44 | 1,31 | 0,03 | 0,03 | 8,69 |
| **2000** | 3,00 | 3,54 | 1,39 | 0,04 | 0,04 | 9,15 |

**FUENTE:** Evaluación Actuarial del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, año 1991. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. C.C.S.S.

través de la programación del régimen de protección, debe contemplar las condiciones y variaciones socioeconómicas, particularmente las de orden demográficio y sanitario. Por tanto, esta determinación se enmarca en un proceso dinámico de cambios permanentes y debe estar orientado a satisfacer las necesidades de protección de la generación actual, sin sacrificar la disposición de recursos y necesidades de protección de las generaciones futuras.

En el cuadro anterior se observa que el gasto de operación de este seguro, en por ciento de los salarios cotizables, varía de 7,39% en 1992 a 9,15% en el año 2000, si se mantienen las condiciones actuales del régimen de protección.

También podemos observar en los costos de protección, según riesgo, que el costo de la protección del riesgo de invalidez, proyecta un crecimiento acelerado. Se estima que dicho costo, va a aumentar de 2,03% a 2,42% sobre los salarios cotizables, para el próximo quinquenio. Este aumento corresponde a un aumento medio anual del 3,6% considerado muy elevado, pues no se ajusta a las dinámicas demográfica y sanitaria del país. Los dos componentes fundamentales, que permiten explicar tal crecimiento se relacionan con los requisitos de calificación y los criterios usados en la declaratoria del estado de invalidez. La técnica y la experiencia desarrollada en este campo, indican que mediante las correcciones pertinentes dichos costos deberán estabilizarse.

En cuanto al costo del beneficio en caso de muerte, se espera una estabilización alrededor del 1,21 % sobre los salarios cotizables, para el próximo quinquenio. En lo que respecta al costo de protección de la vejez o jubilación, se espera un aumento del 3,16% al 3,25% sobre los salarios cotizables lo que constituye un aumento anual del 0,5%. Dicho aumento puede explicarse en función de la dinámica demográfica, pues el perfil de protección en este caso se ha racionalizado a partir de la reforma reglamentaria de finales de 1990.

## Perspectivas

Ante los problemas apuntados, se considera que, para ajustar el régimen de protección y su financiamiento a los principios que informan nuestro Sistema de Seguridad Social,

las perspectivas pueden visualizarse, a través de las siguientes directrices y objetivos:

a) Transformación de los Regímenes Especiales de Pensiones en regímenes complementarios o suplementarios.
b) Aumento en el nivel de cobertura de los trabajadores independientes.
c) Aumento en los niveles actuales de contribución.
d) Racionalización del perfil de beneficios y requisitos del régimen de protección del estado de invalidez.

# Financiamiento del Seguro de Enfermedad y Maternidad

## Modelo de Financiamiento

Este seguro utiliza un modelo de financiamiento de reparto, que se caracteriza porque los gastos de operación del año son financiados con los ingresos por contribución del mismo período. En este modelo, se dispone de reservas de baja magnitud, con el propósito de atender aquellos gastos que no se vinculan a la operación normal del seguro, pero que son significativos. Se trata de los gastos en capacidad instalada, atención de deudas y posibles contingencias. Dichas reservas se alimentan anualmente con un porcentaje de los ingresos corrientes, que se determina de acuerdo con los requerimientos actuariales.

La función de estas reservas es liberar la presión que ejercen los gastos "extraordinarios" sobre los ingresos corrientes, aspecto que proporciona una gran estabilidad al sistema de financiamiento. Por esta razón, se espera que en estas condiciones, el déficit o superávit que se genere, sea de baja magnitud.

La definición del concepto de "equilibrio financiero" adquiere especial importancia, pues se encuentra limitado por el principio de calidad no decreciente de las prestaciones que se brindan a la población. Ello implica que, una vez logrado cierto nivel en la calidad de los servicios y beneficios que se

otorgan, debe buscarse el financiamiento necesario para mantener o mejorar dicho nivel y además atender la demanda adicional que se genere cada año.

## Estructura Financiera

La base principal para el financiamiento son las contribuciones sobre los salarios de los trabajadores, las cuales se pagan mediante un sistema tripartito con participación de trabajadores, patronos y Estado. Así mismo, son de importancia las contribuciones sobre los montos de pensiones y sobre los ingresos de referencia de los trabajadores independientes que se han asegurado voluntariamente.

Una segunda fuente está determinada por formas de protección no tradicional, como es el caso del Régimen de los Asegurados por Cuenta del Estado, que paga una contribución media por toda aquella población que no tiene capacidad contributiva.

Además, se reciben ingresos por otros conceptos como son la venta de servicios y las rentas que generan las inversiones transitorias que realiza este seguro.

Los porcentajes de contribución en el año 1992 de los diferentes grupos, son los siguientes:

**a. Asalariados:**

| | |
|---|---|
| Trabajador: | 5,50% sobre su salario. |
| Patrono: | 9,25% sobre el total de salarios que paga. |
| Estado como tal: | 0,25% sobre el total de salarios. |
| **TOTAL:** | **15,00% sobre el total de salarios** |

**b. Pensionados**

| | |
|---|---|
| Pensionado: | 4,50% sobre su pensión. |
| Fondo de Pensiones: | 7,75% sobre el monto de sus pensiones. |
| Estado como tal: | 0,25% sobre monto total de pensiones. |
| **TOTAL:** | **12,50% sobre el monto total de pensiones** |

**c. Trabajadores Independientes:**

| | |
|---|---|
| Trabajor: | 7,15% de su ingreso. |
| Estado (Complementaria): | 6,10% del total de ingresos. |
| Estado como tal: | 0,25% del total de ingresos. |
| **TOTAL:** | **13,50% del total de ingresos** |

**d. Asegurados a cargo del Estado:**
El Estado paga la contribución media para este seguro, por cada núcleo familiar de población protegida bajo este régimen.

La cuota del trabajor independiente del 7,15% es una cuota promedio; cada trabajador cotiza de acuerdo con su nivel de ingresos. Dicha contribución varía del 4,50% al 13,25%.

La contribución global sobre el grupo asalariado es mayor que en los restantes grupos, en virtud de que dichos grupos no reciben protección económica en caso de enfermedad o maternidad. Estudios actuariales preliminares, revelan que el costo de dicha protección equivale al 1 % sobre los salarios.

Estas diferencias en los niveles de contribución, restringen la obsevancia de un adecuado balance entre los principios de solidaridad y equidad. Ante este desbalance, la perspectiva planteada es elevar la contribución global de los restantes grupos al 14,0%.

## Análisis de Ingresos

En el análisis de los ingresos, es fundamental realizar la distinción entre los conceptos de ingresos reglamentarios e ingresos efectivos. Los primeros se refieren a todos aquellos ingresos que, de conformidad con la reglamentación y leyes vigentes, deben ingresar al seguro en los períodos respectivos, mientras que los segundos corresponden a los ingresos efectivamente percibidos.

El concepto de ingresos reglamentarios reviste gran importancia, por cuanto en ellos se encuentran implícitos los criterios actuariales que determinan el equilibrio financiero. En los cálculos de la prima de reparto, se supone que el Estado cubre el total de obligaciones. De ahí que las diferencias entre los ingresos reglamentarios y efectivos determinan graves

problemas financieros, además de las restricciones que imponen a la planificación y programación del seguro.

El cuadro siguiente, muestra el comportamiento de los ingresos reglamentarios en el último quinquenio.

De este cuadro se desprende la mayor importancia relativa que poseen las contribuciones respecto a las otras fuentes de ingresos, pues éstas representan más del 90 por ciento del total.

También se desprende que durante el período considerado, los ingresos experimentaron un crecimiento promedio anual de aproximadamente un 25 por ciento.

Por otra parte, en lo que respecta a los ingresos efectivos, en el período estudiado, la tasa media de crecimiento anual, fue de aproximadamente un 27 por ciento.

**Seguro de Enfermedad y Maternidad**
**Ingresos Reglamentarios, por naturaleza**
**Según años: 1988-1992**
**-en millones de colones corrientes-**

| DETALLE | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992* |
|---|---|---|---|---|---|
| Ingresos por Contribuciones | 20.635,6 | 25.648,0 | 33.616,2 | 40.948,5 | 51.805,9 |
| Ingresos por Servicios Médicos | 244,5 | 291,7 | 398,8 | 459,7 | 850,1 |
| Otros** | 1.676,6 | 2.383,0 | 2.485,4 | 3.209,5 | 2.325,4 |
| **TOTAL** | **22.556,7** | **28.322,7** | **36.500,4** | **44.617,7** | **54.981,4** |
| Crecimiento % | 24,22 | 25,56 | 28,87 | 22,24 | 23,23 |

*** Cifras preliminares**
**** Incluye los productos por intereses, alquileres y diversos**

**FUENTE:** Análisis Técnico de Ingresos y Egresos de los Seguros Sociales, 1988-1992; Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

**Seguro de Enfermedad y Maternidad**
**Ingresos Efectivos, por naturaleza**
**Según años: 1988-1992**
**-en millones de colones corrientes-**

| DETALLE | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992* |
|---|---|---|---|---|---|
| Ingresos por Contribuciones | 16.957,4 | 21.404,2 | 27.970,4 | 32.631,6 | 45.681,5 |
| Ingresos por Servicios Médicos | 244,5 | 291,7 | 398,8 | 459,7 | 850,1 |
| Otros** | 1.676,7 | 2.383,0 | 2.485,5 | 3.209,5 | 2.325,4 |
| **TOTAL** | **18.878,6** | **24.078,9** | **30.854,7** | **36.300,8** | **48.857,0** |
| Crecimiento % | 21,10 | 27,55 | 28,14 | 17,63 | 34,59 |

*** Cifras preliminares**
**** Incluye los productos por intereses, alquileres y diversos**

**FUENTE:** Análisis Técnico de Ingresos y Egresos de los Seguros Sociales, 1988-1992; Dirección Actuarial y de Planificación Económica

Como podrá observarse en los cuadros anteriores, las diferencias entre los ingresos efectivos y reglamentarios son significativas. En los últimos años ingresó, en promedio, alrededor de 85 céntimos por cada colón que reglamentariamente debió ingresar. El agente fundamental de dichos faltantes es el incumplimiento del Estado en sus obligaciones con este seguro.

## Análisis de Egresos

Por la naturaleza del sistema financiero que rige este seguro, es de esperar que con una adecuada asignación de recursos, los egresos presenten una tendencia acorde con la que experimentan los ingresos.

En este caso, la racionalización del gasto, sin deteriorar la calidad de la protección, es un instrumento fundamental utilizado para garantizar el equilibrio financiero a mediano y largo plazo.

El siguiente cuadro muestra el comportamiento de los gastos de operación durante el último quinquenio:

| AÑO | EGRESOS | Tasa de crecimiento porcentual |
|---|---|---|
| 1988 | 16,985,1 | 34,7 |
| 1989 | 23,319,1 | 37,3 |
| 1990 | 30.058,2 | 28,9 |
| 1991 | 37.563,7 | 25,0 |
| 1992* | 46.965,4 | 25,0 |

*Cifras preliminares

**FUENTE:** Análisis Financiero del Seguro de Enfermedad y Maternidad, julio 1992; Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

La clasificación de los egresos según su naturaleza programática, nos permite identificar, en términos generales, las áreas en las cuales los gastos muestran una tendencia más acelerada hacia el crecimiento, lo que a su vez permitirá determinar los rubros sobre los que resulta necesario ejercer un mayor control.

En los últimos cinco años, los egresos según su naturaleza programática muestran la siguiente participación relativa respecto a los egresos totales:

**Seguro de Enfermedad y Maternidad**

**Participación relativa de los Egresos por naturaleza**
**Según años: 1988-1992**

| DETALLE | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992* |
|---|---|---|---|---|---|
| Prestaciones de Salud | 81,9 | 83,3 | 82,1 | 83,8 | 81,9 |
| Prestaciones en dinero | 7,8 | 6,3 | 6,9 | 6,9 | 7,8 |
| Docencia y formación | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,3 |
| Gastos Administrativos | 3,7 | 3,8 | 3,1 | 3,8 | 4,1 |
| Producción y Talleres | 2,9 | 2,6 | 3,6 | 2,5 | 4,2 |
| Otros Programas** | 3,4 | 3,8 | 4,1 | 2,7 | 1,7 |
| TOTAL | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*** Cifras preliminares**
**** Incluye construcciones, mantenimiento, depreciación y ajustes**

**FUENTE:** Análisis Financiero del Seguro de Enfermedad y Maternidad, julio 1992; Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

Puede observarse del cuadro anterior, que las prestaciones de salud, en los años analizados, explican alrededor del 83 por ciento de los egresos totales del seguro. Este comportamiento es consecuente con la naturaleza misma del seguro, por cuanto su objetivo fundamental es la prestación de servicios de salud.

En forma complementaria a la información de la participación relativa, por programas, es importante analizar los egresos según objeto del gasto. Esto permite, en forma específica, evaluar el comportamiento de las diferentes partidas que constituyen el gasto. Además, hace posible identificar las cuentas que determinan el crecimiento en los gastos de los diferentes programas y consecuentemente del gasto total.

Durante el período 1988-1992, la tasa de participación de los egresos según objeto del gasto, respecto al gasto total, fue la siguiente:

**Seguro de Enfermedad y Maternidad**
**Participación relativa de los egresos por objeto, respecto al gasto total**
**Según años: 1988-1992**

| DETALLE | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992* |
|---|---|---|---|---|---|
| Servicios personales | 62,1 | 62,9 | 61,6 | 62,4 | 59,7 |
| Servicios no personales | 5,3 | 5,3 | 6,5 | 6,9 | 7,1 |
| Materiales y suministros | 20,2 | 20,6 | 20,0 | 20,4 | 21,6 |
| Prestaciones en Dinero | 7,8 | 6,3 | 6,9 | 6,9 | 7,8 |
| Otros | 4,7 | 4,9 | 5,0 | 3,4 | 3,8 |
| **TOTAL** | **100,0** | **100,0** | **100,0** | **100,0** | **100,0** |

*** Cifras preliminares**

**FUENTE:** Análisis Financiero del Seguro de Enfermedad y Maternidad, julio 1992; Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

Por la naturaleza del servicio y prestaciones que brinda el Seguro de Enfermedad y Maternidad, la mayor proporción del gasto se concentra en los servicios personales, materiales y suministros y prestaciones en dinero, los que representan más

del 89 por ciento del gasto total.

Podría afirmarse que esta estructura de gastos, en términos generales, se mantiene bastante estable a lo largo del período de análisis, experimentando ligeras variaciones. No obstante lo anterior, es necesario evaluar la tasa de variación de cada uno de los componentes del gasto, para efectos de determinar la existencias o no de desviaciones significativas.

**Seguro de Enfermedad y Maternidad**
**Tasa de variación en los egresos por objeto**
**Según años: 1988-1992**

| DETALLE | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992* |
|---|---|---|---|---|---|
| Servicios personales | 29,3 | 39,2 | 26,2 | 26,7 | 19,5 |
| Servicios no personales | 46,3 | 36,0 | 58,2 | 33,7 | 28,4 |
| Materiales y suministros | 62,6 | 40,3 | 25,3 | 27,0 | 32,4 |
| Prestaciones en Dinero | 40,7 | 11,3 | 40,8 | 25,3 | 42,4 |
| Otros | (0,2) | 43,6 | 32,2 | (15,7) | 39,0 |
| **TOTAL** | **34,7** | **37,3** | **28,9** | **25,0** | **25,0** |

*** Estimaciones preliminares**

**FUENTE:** Análisis Financiero del Seguro de Enfermedad y Maternidad, julio 1992; Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

El comportamiento de las tasas de variación de los servicios personales, materiales y suministros y prestaciones en dinero determinan en gran medida la tendencia y magnitud del gasto total, dada la participación relativa de estos rubros en el gasto total.

De esta forma, observando el cuadro anterior se concluye que la aceleración que experimentaron los gastos, puede deberse, en parte, al incremento en los salarios institucionales por causa de los laudos arbitrales y de la tendencia creciente que manifestaron los índices de precios en la economía nacional, los que se reflejan con mayor énfasis en el costo de los materiales y suministros y de las prestaciones en dinero. No obstante, debemos observar que, salvo el rubro de servicios personales, los demás conceptos muestran tasas de crecimiento muy elevadas, especialmente para el año 1992.

## Equilibrio Financiero

En el análisis del equilibrio financiero de corto plazo, es importante destacar que los ingresos han sido suficientes para atender los gastos de operación, salvo en el ejercicio fiscal del año 1991. En el cuadro siguiente se presentan las razones de gasto sobre ingresos, ya sean efectivos o reglamentarios.

**Seguro de Enfermedad y Maternidad**
**Egresos, ingresos efectivos, ingresos reglamentarios y razón del gasto**
**Según años: 1988-1992**

| Año | Egresos (A) | Ingresos efectivos (B) | Ingresos Reglament (C) | Razón del $\frac{A \times 100}{B}$ | Gasto $\frac{A \times 100}{C}$ |
|---|---|---|---|---|---|
| 1988 | 16.985,1 | 18.878,6 | 22.556,6 | 90,0 | 75,3 |
| 1989 | 23.319,1 | 24.078,9 | 28,322,7 | 96,8 | 82,3 |
| 1990 | 30.058,2 | 30.854,7 | 36,500,4 | 97,4 | 82,4 |
| 1991 | 37.568,7 | 36.300,7 | 44.617,8 | 103,5 | 84,2 |
| 1992* | 46.965,4 | 48.857,0 | 54.984,4 | 96,1 | 85,4 |

*** Cifras preliminares**

**FUENTE:** Cuadros anteriores

Estas diferencias entre ambas razones del gasto tienen su origen, principalmente, en el incumplimiento de las obligaciones del Estado con este seguro. La experiencia ha mostrado que el ajuste de los gastos a los ingresos efectivos, sin una adecuada racionalización de los mismos, ha producido un importante deterioro en la calidad de los servicios.

En lo que respecta al equilibrio financiero de mediano y largo plazo, los problemas más sobresalientes se relacionan con un crecimiento más acelerado en los gastos que en los ingresos. El siguiente cuadro presenta la comparación entre las tasa de crecimiento de ambos conceptos:

**Seguro de Enfermedad y Maternidad**
**Tasa de crecimiento de los egresos e ingresos**
**Según años: 1988-1992**

| Año | Egresos | Ingresos Reglamentarios |
|---|---|---|
| 1988 | 34,7 | 24,2 |
| 1989 | 37,3 | 25,6 |
| 1990 | 28,9 | 28,9 |
| 1991 | 25,0 | 22,2 |
| 1992* | 27,9 | 23,2 |

*** Estimaciones preliminares**

**FUENTE:** Análisis Financiero del Seguro de Enfermedad y Maternidad, julio 1992; Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

Del cuadro anterior se desprende que los egresos han experimentado una tasa media de crecimiento anual de 29 por ciento, mientras que los ingresos reglamentarios se han incrementado en promedio un 25 por ciento anual. Esto determina la necesidad de una política austera en la asignación de recursos y racionalización del gasto, lo mismo que una vigorosa estrategia para mejorar el nivel de los ingresos.

## Problemática Financiera

Los problemas más agobiantes del financiamiento del Seguro de Enfermedad y Maternidad, se refieren a evasión contributiva en el grupo de asalariados, incumplimiento estatal en sus obligaciones contributivas y limitaciones en la cobertura contributiva, principalmente en el régimen de aseguramiento voluntario de los trabajadores independientes.

## Evasión Contributiva

La evasión en sus múltiples modalidades restringe en gran magnitud la disponibilidad de recursos. Las formas de evasión se relacionan con el no aseguramiento, aseguramiento indebido

y reporte de menores ingresos.

De conformidad con los resultados obtenidos en el estudio de evasión realizado en el año 1991 por el Departamento de Estadística, se estimó que el monto no recaudado por causa del no aseguramiento y del aseguramiento indebido, alcanzó la cifra de 6.036 millones de colones, lo que representa aproximadamente el 13,7% del total de ingresos de este seguro.

Este nivel de evasión se origina en el grupo de asalariados del sector privado, ya que de los 580 mil asalariados del sector, un 39,5% no contribuyen o mantienen una relación de aseguramiento indebida.

No ha sido posible obtener estimaciones confiables acerca de la evasión causada por el reporte de menores ingresos en el grupo de asalariados.

### Incumplimiento Estatal

Los ingresos provenientes de las obligaciones del Estado, tradicionalmente han sido bastante inciertos, dado que el Presupuesto Nacional tiende a responder a variables políticas y macroeconómicas del momento.

En los últimos años las implicaciones que han tenido los programas de estabilización y ajuste económico en la estructura del gasto total del Gobierno, han limitado el cumplimiento de sus compromisos con la Seguridad Social. Cuanto mayor es la participación del Estado en el financiamiento de los seguros sociales, mayor es la probabilidad de que los ingresos provenientes del Estado, para dicho financiamiento, se afecten negativamente al implementarse los programas mencionados.

Por lo anterior se hace necesario, para la adecuada programación financiera de este seguro, considerar la situación económica y fiscal del país, pues ésta afecta sensiblemente los recursos finacieros. Esto por cuanto el origen de los ingresos se encuentra estrechamente relacionado con variables macroeconómicas, tales como nivel de salarios, empleo, gasto público e inflación.

La falta de oportunidad en los ingresos que provienen de las contribuciones del Estado, se puede explicar en buena medida por la existencia, en los últimos años, de políticas orientadas al control del déficit fiscal. El Gobierno se ha propuesto reformar el papel del Estado en la economía, con

el objetivo de reducir el nivel de gastos. Para ello se han implementado medidas tales como: privatización de ciertas actividades del sector público, ajustes de tarifas, movilidad laboral, etc.

El anterior panorama económico, plantea a la Institución la necesidad de revisar críticamente el papel y las obligaciones del Estado, fundamentalmente en cuanto a su aporte a los seguros sociales, a fin de ajustado a las posibilidades reales de recibir los recursos oportunamente.

## Seguro de Enfermedad y Maternidad

**Monto de las obligaciones estatales**
**Según años: 1988-1992**
**-en millones de colones corrientes-**

| DETALLE | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992* |
|---|---|---|---|---|---|
| Contribución Patronal Gobierno Central | 1.696,0 | 2.042,6 | 2.864,5 | 3.223,9 | 3.786,9 |
| Contribución Pensionados del Estado | 383,4 | 496,4 | 645,2 | 809,5 | 1.096,9 |
| Aporte Atención a Indigentes | 2.302,6 | 2.773,3 | 3.641,1 | 3.902,1 | 4.530,4 |
| Aporte Atención Inter. en Centros Penales | 44,2 | 66,4 | 86,7 | 162,5 | 142,1 |
| Contribución Complem. Trabajadores Indep. | 388,4 | 407,4 | 457,6 | 560,4 | 705,0 |
| Contribución Complem. Convenios Especiales | 109,0 | 123,3 | 105,6 | 145,0 | 158,4 |
| Estado como tal | 320,4 | 382,1 | 523,5 | 617,1 | 771,2 |
| **TOTAL** | **5.244,0** | **6.291,5** | **8.324,2** | **9.420,5** | **11.190,9** |

**FUENTE:** Análisis Financiero del Seguro de Enfermedad y Maternidad, julio 1992; Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

La importancia que actualmente tienen las obligaciones del Estado en el financiamiento de este seguro, tanto por magnitud como por la naturaleza de los grupos que protege, aboca a las autoridades a un acuerdo político que garantice la efectividad en el cumplimiento de dichas obligaciones. El propósito fundamental es que los grupos más vulnerables de la sociedad, cuenten con atención médica oportuna y acorde con sus necesidades.

En el cuadro de la página anterior, se muestra un desglose de los compromisos del Estado con el Seguro de Enfermedad y Maternidad en el período 1988-1992, según tipo de obligación.

El crecimiento de las obligaciones estatales se explica, principalmente, por el financiamiento de programas o regímenes de protección no tradicionales. Tal es el caso de la atención a la población indigente e internos en centros penales, por medio del Régimen de Asegurados por Cuenta del Estado y la protección complementaria a los trabajadores independientes y convenios. Estos programas representan, en promedio, más del 50% de las obligaciones del Estado.

Considerando la naturaleza de las obligaciones, se puede determinar que el incumplimiento estatal alcanza su mayor nivel en el pago de la cuota de los Asegurados por Cuenta del Estado. En este caso, el grado de morosidad alcanza niveles alrededor del 90% en los últimos años, tal como se muestra en el siguiente cuadro:

**Porcentaje del faltante en las obligaciones del Estado por tipo de compromiso Según años: 1988-1992**

| DETALLE | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992* |
|---|---|---|---|---|---|
| Contribución Patronal a) | 61,2 | 71,1 | 43,4 | 85,0 | 16,3 |
| Contribución Complem. Trabajadores Indep. b) | 79,6 | 71,0 | 74,1 | 89,2 | 78,0 |
| Contribución Asegurados Cuenta del Estado c) | 85,6 | 69,1 | 89,2 | 92,2 | 87,8 |
| Cuota Estado como tal | - | - | 72,6 | 83,1 | 74,8 |
| **TOTAL** | **70,1** | **24.078,9** | **67,8** | **88,3** | **54,9** |

***Cifras preliminares**

a) Incluye la cuota patronal de pensionado del Estado

b) Incluye la cuota complementaria de convenios

c) Incluye el costo del programa de atención médica a internos en centros penales.

**FUENTE:** Análisis Financiero del Seguro de Enfermedad y Maternidad, julio 1992, Dirección Actuarial y de Planificación Económica, CCSS

En términos generales puede observarse que el grado de morosidad del Estado, en los últimos cinco años, en promedio se ha ubicado alrededor del 73%, lo cual viene a constituir uno de los principales problemas en las finanzas de este Seguro. En el año 1992 se observar una significativa mejora, sin llegar a ser lo deseable.

Este incumplimiento en las obligaciones estatales genera grandes diferencias entre los ingresos reglamentarios y efectivos. Considerando que este seguro se rige por un sistema financiero de reparto, es imprescindible contar oportunamente con los recursos previstos, a fin de no causar deterioro en la calidad del servicio que se brinda. El siguiente cuadro presenta un detalle de dichas diferencias, para los últimos cinco años:

**Seguro de Enfermedad y Maternidad**
**Ingresos reglamentarios y efectivos y su respectiva diferencia**
**Según años: 1988-1992**
**-en millones de colones corrientes-**

| Año | Ingresos Reglamentarios (A) | Ingresos efectivos (B) | Diferencia (C) = (A) - (B) | Relación C x 100 / A |
|---|---|---|---|---|
| 1988 | 22.556,6 | 18.878,6 | 3.678,0 | 16,3 |
| 1989 | 28.322,7 | 24.078,9 | 4.243,7 | 15,0 |
| 1990 | 36.500,4 | 30.854,7 | 5.645,7 | 15,5 |
| 1991 | 44.617,8 | 36.300,7 | 8.317,1 | 18,6 |
| 1992* | 54.981,5 | 48.857,1 | 6.124,4 | 11,1 |

*Cifras preliminares

**FUENTE:** Análisis Técnico de Ingresos y Egresos de los Seguros Sociales, 1987-1991; Dirección Actuarial y de Planificación Económica

## Limitaciones en la Cobertura Contributiva

Los aspectos más sobresalientes en la evolución de la cobertura del Seguro de Enfermedad y Maternidad, se relacionan con la paulatina extensión mediante formas no

tradicionales, que poco a poco marcan el tránsito de los seguros sociales hacia la universalización de la protección. Aunque se ha logrado hacer llegar la protección de la salud a todos los costarricenses, existen grupos que, teniendo capacidad para contribuir a este seguro, no están obligados a hacerlo.

En la actualidad la población nacional es de 3.184.290 habitantes y un 16,6%, estos es, 528.592 habitantes, no están asegurados. La población no asegurada está compuesta por:

| | |
|---|---|
| a) Familiares y dependientes: | 267.468 |
| b) Trabajadores asalariados: | 155.891 |
| c) Trabajadores independientes: | 105.233 |
| **Total población no asegurada:** | **528.592** |

Debe destacarse que los 155.891 asalariados no asegurados, se constituyen en un grupo importante de evasores de contribuciones, el que representa el 13,4% de la población económicamente activa.

Los trabajadores independientes que no han accedido a la afiliación en este seguro, representan el 9% de la población económicamente activa. Este grupo y sus familiares reciben la atención por medio de un sistema de pago directo que, en la práctica, no cumple su cometido financiero puesto que las obligaciones de pago generalmente se convierten en incobrables.

Como puede notarse, más del 22% de la población económicamente activa, no contribuye al sostenimiento económico de este seguro, aunque goza de la protección que el mismo ofrece.

Estas diferencias entre población protegida y población contribuyente, nos aboca al mejoramiento de los dispositivos utilizados en el control de la evasión y al análisis de las posibilidades de extensión obligatoria de la cobertura contributiva al 100% del grupo de trabajadores independientes, cuyo régimen de protección es voluntario.

## Perspectivas

Los problemas reseñados en cuanto a los ingresos, han incentivado la búsqueda de mecanismos que garanticen

recursos financieros suficientes y oportunos, a fin de mejorar la calidad de los servicios que se brindan y poder atender las nuevas demandas planteadas.

El crecimiento acelerado de los gastos derivado de un proceso de inflación en los costos, originado en un modelo de atención de la salud con alta concentración en medicina especializada de niveles secundario y terciario, ha llevado a la búsqueda de formas alternativas más eficientes y efectivas de brindar servicios y en consecuencia de asignar recursos.

Por tanto, ante la necesidad de consagrar la obligatoriedad contributiva de todos los costarricenses con capacidad de pago y ante la prioridad de implantación de un nuevo modelo de atención integral, la perspectiva planteada es alcanzar la universalización mediante el establecimiento del Seguro Nacional de Salud.

El interés institucional, buscando respuestas a los problemas apuntados, se ha orientado al desarrollo de las siguientes estrategias:

a. Establecimiento de la obligatoriedad contributiva mediante el Seguro Nacional de Salud.
b. Establecimiento del Modelo de Atención Integral a la Salud, enfatizando el nivel primario sobre la base de una estrategia en medicina familiar y comunitaria.
c. Fortalecimiento del Sistema de Control de Evasión.
d. Revisión del papel del Estado, tendiente a la garantía de pago oportuno de sus obligaciones.
e. Fortalecimiento del Sistema de Asignación de Recursos.

En el control de la evasión contributiva, las tareas están orientadas a establecer mecanismos cruzados de información con otras instituciones gubernamentales; así mismo, fortalecer la labor de inspección mediante una mayor capacitación al personal y mejor soporte técnico.

Por el lado del gasto se pretende el establecimiento de mecanismos para asignar recursos, que consideren variables como servicios que se prestan, población servida y otras características regionales.

En conjunto, estas estrategias tienen como objetivo lograr la sustentabilidad del sistema a mediano y largo plazo.

# Bibliografía


1) **Aguilar, Róger y Acuña, José Alberto. DESARROLLO SUSTENTABLE Y SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA Y CENTRO AMERICA. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica. Agosto 1992.**

2) **Aguilar, Róger. DISCUSION DEL MODELO DE FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES DE COSTA RICA. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica. Junio 1991.**

3) **Aguilar, Róger y Acuña, José Alberto. PROPUESTA PARA EL REDISEÑO DE FINANCIAMIENTO EN EL SECTOR SALUD. Caja Costarricense de Seguro Social. San José. Setiembre 1992.**

4) **Aguilar, Róger. SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE. Algunas Fundamentaciones sobre la Transformación del Régimen de Protección. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica, 1990.**

5) **Aguilar, Róger. SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE. Equilibrio y Factibilidad Económica de Largo Plazo. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica. Marzo 1990.**

6) **Aguilar, Róger. UNIVERSALIZACION DEL SEGURO SOCIAL EN COSTA RICA. Constitucionalidad, Autonomía y Técnica Actuarial. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica. Marzo 1992.**

7) **Bayó, Francisco. EL FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL FRENTE A LAS DIFICULTADES NACIONALES ECONOMICAS Y DEMOGRAFICAS. Comisi6n Actuarial y Estadística, Décima Segunda Reuni6n. Washington D.C., United State, 1985.**

8) **CELADE: ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE POBLACION. 1950-2025.**

9) **Durán, Fabio. LA COBERTURA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica. Diciembre 1989.**

10) **Fernández, Luis Guillermo. EVALUACION ACTUARIAL DEL SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE, ANO 1991. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.**

11) **Fernández, Luis Guillermo y Acuña, José Alberto. VALORACION ACTUARIAL DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica. Setiembre 1992.**

12) **López, Luis Guillermo. ANALISIS FINANCIERO DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica. Julio 1992.**

13) **Thullen, Peter. TECHNIQUES ACTUARIELLES DE LA SECURITE SOCIALE. Bureau Intemational du Truveli Geneve.**

# La crisis de la Seguridad Social y la vigencia de sus principios filosóficos

Lic. Carlos E. Sagot Esquivel

# Introducción

Cuando algún lector lea el título de este ensayo, posiblemente asentirá en cuanto a la realidad del primer concepto, pero será escéptico en cuanto a la posibilidad de que ocurra un cambio en los principios "inconmovibles" de la Seguridad Social.

En las siguientes páginas haremos un esfuerzo análitico por demostrar cómo la Seguridad Social se debate hoy día, en cuanto a su supervivencia, entre dos grandes desafíos: o se moderniza y promueve una amplia reforma administrativa que la haga más eficiente y le permita sobrevivir, o se transforma lentamente producto de amplias reformas que vayan, de manera paulatina privatizando los servicios de salud y otros servicios complementarios, que actualmente el Estado le presta a la población. La sobrevivencia o desaparición son los dos grandes retos que, según nuestra opinión, en la presente década debe afrontar la Seguridad Social en el ámbito latinoamericano.

En el presente ensayo haremos un recorrido, analizando el proceso de desarrollo seguido por la Seguridad Social de América Latina, enlazando algunos aspectos de interés con las particularidades adoptadas en el contexto de lo que ha sucedido en Costa Rica. A su vez, intentaremos responder a una hipótesis que debe considerarse seriamente a la luz del desarrollo económico, social, político y tecnológico en que se debaten actualmente nuestros países latinoamericanos.

La Seguridad Social, como principio de protección universal a los ciudadanos, tal y como la conocemos, puede llegar a desaparecer, arrastrada por la puesta en vigencia de corrientes de pensamiento economicista que intentan privatizarlo todo, incluso el dolor.

Para efectuar este análisis, en la primera parte revisaremos los principales conceptos en cuanto a los principios y objetivos de la Seguridad Social, así como su desarrollo histórico. En una segunda parte, estudiaremos los problemas en que se debate la Seguridad Social actualmente, e intentaremos construir, en una tercera parte, un escenario de perspectivas sobre la base de las tendencias de desarrollo económico y social prevalecientes hoy día.

El ensayo intenta considerarse como una reflexión, un alto en el camino, un punto de partida que permita a los

ejecutivos del nivel político y directivo superior de las instituciones de Seguridad Social de América Latina, mirar retrospectiva y prospectivamente la calidad de la gestión administrativa que vienen realizando, por considerar que el peligro que se cierne sobre el sistema es real, dado que ya nos encontramos en una etapa de transición entre los valores que dieron origen a la Seguridad Social, y los nuevos que se desean imponer.

## Conceptos Doctrinarios: *Seguro Social y Seguridad Social*

### Antecedentes Históricos

La revolución industrial que transformó a la Europa del siglo XIX, produjo transformaciones sociales económicas y políticas de tal magnitud que las prácticas sociales de la sociedad tradicional fueron conmovidas ante el auge y dinamismo de la economía, que sentó y selló las bases de la sociedad capitalista que conocemos, y el establecimiento de una sociedad política en los distintos estados nacionales, que se constituyó en gendarme de los cambios producidos.

Esta evolución creó problemas sociales profundos, propiciando un deterioro de los estratos bajos de la población, lo que, curiosamente, produjo la coexistencia de la pobreza en medio de una abundancia.

Así, la pobreza extrema dio origen a la existencia de centros de atención particular (en su mayoría religiosos) pues se consideraba que el alivio de la pobreza era explícitamente una responsabilidad individual y comunitaria con exclusión del Estado.

Dada la magnitud de los desajustes sociales que se produjeron, y en aras de que estos no desembocaran en una agitación social generalizada, el Estado comenzó a establecer alguna legislación para amparar a los pobres, aun cuando "ninguna ayuda se concedía a un pobre que no hubiera agotado totalmente sus recursos personales o que era socorrido por sus parientes". **(10) (15)**

Por otra parte, la industrialización dio origen a una nueva y numerosa categoría de trabajadores, los obreros de

las fábricas, para quienes el Estado adoptó una serie de disposiciones que imponía a los empleadores la obligación de mantener a sus trabajadores heridos o enfermos. Aun así, persistía el pensamiento de la época (siglo XIX), de permitir a los trabajadores, primero solucionar por sí mismos sus dificultades, pues así demostrarían (supuestamente) su disposición y capacidad suficiente para ello.

Las dos grandes guerras mundiales y la gran depresión económica de 1929, cambió el panorama. El Estado se dio cuenta de su responsabilidad en cuanto a la protección de la sociedad civil y en los períodos de reconstrucción que siguieron a las dos guerras mundiales, cambió el pensamiento de la sociedad política, organizándose algunos regímenes de protección, hasta que, paulatinamente, en los países industrializados, la cobertura de servicios de salud y económica a los trabajadores y sus familias llegó a ser total, con las lógicas diferencias entre unos y otros.

De todo este proceso histórico surgieron, a partir de 1883, en Alemania, los seguros sociales modernos, durante el gobierno del Mariscal Bismarck, cuyo modelo, evolucionado, ha sido adoptado por la gran mayoría de los países de América Latina. El sistema se asienta en la contribución económica forzosa de los patronos, trabajadores y del Estado como tal.

Lo más importante de este período fue la convicción surgida en el seno de la sociedad política y expresada en el Estado, de que el desarrollo económico (la reproducción del capital), no sería posible sin el concurso de una población trabajadora sana, protegida contra los riesgos de la enfermedad, la invalidez, la vejez y la muerte.

## Principios Filosóficos

La consolidación y madurez de los seguros sociales, y la ineludible responsabilidad del Estado de velar por la salud de la población, dio origen a los principios filosóficos de los seguros sociales, en el tanto era necesario legitimar, doctrinariamente, una acción del Estado cuyo propósito fundamental era impulsar los procesos de producción y creación de riqueza en los estados nacionales. Es así como, del interés por el desarrollo económico, se derivó el interés por el desarrollo social, en el tanto ambos procesos se encuentran indisolublemente asociados.

Así, nace el principio de solidaridad, que implica el aporte diferenciado de recursos según la capacidad económica de los individuos; el principio de unidad, como el derecho a una protección única y general; la universalidad, en el tanto la protección se da sin distinción de ninguna naturaleza; la igualdad como el trato equitativo e igualitario a todos los ciudadanos, y el principio de obligatoriedad, como la contribución forzosa para afrontar las consecuencias derivadas de los riesgos y para proveer las acciones en salud. (4)

Puede afirmarse entonces que, con la formulación y vigencia de estos principios, los seguros sociales adquirieron "carta de ciudadanía" en el desarrollo económico y social de los pueblos, al excluirse el interés y el poder personal, expresado en cacicazgos, latifundistas, hacienderos y otros grupos económicos poderosos, que miraban al trabajador como una extensión de su propiedad inmobiliaria, para dar paso a una legislación en que el Estado surge como el gran responsable de suministrar servicios de salud y económicos a la población en general.

## Objetivos de los Seguros Sociales

Sentadas las bases de los principios filosóficos, se clarificó la direccionalidad de la misión y los objetivos de los seguros sociales, en el tanto éstos fueron creados para proteger a la población asalariada y sus familias contra las privaciones económicas y sociales, con carácter uniforme, dentro de cada categoría laboral, fueran residentes del país, nacionales o extrajeros por igual, quienes debían aportar su contribución para que ésta fuera posible, como consecuencia de la solidaridad, fundamento mismo de los seguros sociales. (16)

## Diferencias Conceptuales

Sin embargo, aún hoy día, hay confusiones entre los conceptos de seguro social y el nuevo concepto de seguridad social, cuyo término, este último, comenzó a mencionarse oficialmente a partir de 1935 con la promulgación de la Ley de Seguridad Social de los Estados Unidos. (16)

Que sea Seguro Social o Seguridad Social, su definición tiene una importancia fundamental, pues permite precisar cuál

es la función del Estado, la sociedad política y la sociedad civil, en cuanto a determinar a quién corresponde definir y administrar sistemas de protección social a la población.

Siguiendo a Carlos María Campos, diremos que *"la seguridad social no es patrimonio de una institución específica. Es un sistema que involucra a varias instituciones y servicios dentro de una modalidad de financiamiento garantizada por el Estado y bajo la dirección de un organismo superior del Poder Central. Dentro de este concepto de sistema, cada una de las instituciones involucradas debe cumplir un rol específico, lo cual supone la necesidad de definir con claridad sus competencias, atribuciones y campo de acción".* (5)

Por su parte, para Carmelo Meza-Lago, los seguros sociales son más restringidos que la seguridad social.

Para este autor, la seguridad social tiene una cobertura universal de riesgos y de la población de manera integral, con financiamiento diverso incluyendo impuestos, aportes del Estado y contribuciones sobre la planilla salarial.

En cambio, el seguro social se inclina a una cobertura más restringida de riesgos y de la población, que la seguridad social, sus programas generalmente no están integrados y se financia típicamente con contribuciones tripartitas (patronos, trabajadores y Estado) sobre la planilla salarial. Para Meza-Lago, la gran mayoría de los países latinoamericanos siguen, básicamente, el modelo tradicional de los seguros sociales, según los antecedentes históricos señalados al principio de este ensayo. (11)

Aún así, no hay acuerdo entre diversos autores o instituciones encargados de conceptualizar sobre estas definiciones. Sin embargo, para los efectos de este ensayo, conviene tener presente la definición establecida por la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) que considera a la seguridad social como:

"*La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales, que de otra manera derivarían de la desaparición* o *de una fuerte reducción de sus ingresos como consecuencia de enfermedad maternidad, accidente del trabajo o enfermedad profesional, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos".* (17)

Obsérvese cómo la O.I.T. define el caracter público del conjunto de medidas que la sociedad establece, para la protección de sus miembros, lo cual es de capital importancia, para definir y precisar a quién corresponde la responsabilidad de conducir y administrar servicios públicos, como es el caso de los servicios de salud.

De todo lo anteriormente expuesto, pueden apreciarse las tres diferencias fundamentales que se establecen entre seguros sociales y seguridad social.

Por un lado, las prestaciones que otorgan los primeros son más restringidas que las de la seguridad social, que son más amplias y abarcadoras.

Por otra parte, la cobertura de los seguros sociales es específica para los trabajadores y sus familias, mientras que la cobertura de la seguridad social es universal.

Finalmente, en cuanto a financiamiento, los seguros sociales dependen necesariamente de la contribución de los patronos y trabajadores, mientras en la seguridad social concurren otros ingresos como impuestos, aportes especiales del Estado y otros rubros distintos, a la clásica contribución de la planilla salarial.

Es por ello que, para nuestro análisis, utilizaremos la definición del Lic. Carlos María Campos, por considerar que la seguridad social es múltiple, tanto en su organización y financiamiento, como en la variedad de las prestaciones o servicios que se le otorga a la población en general.

A modo de conclusión inicial de este apartado, es importante resaltar que *"La Seguridad Social es el cuerpo y la base misma de la defensa interna de las colectividades. Los pueblos que la tienen en vigencia son los más sólidos y patrióticos"*. (23)

De ahí la necesidad, como se enunció en un principio, de continuar con los esfuerzos para que la seguridad social se mantenga en pie, a pesar de los elementos externos que pugnan por debilitar sus acciones dentro de nuestras sociedades.

# La crisis de la Seguridad Social en su estructura organizativa, económica y de servicios

Dada la creciente necesidad de que el Estado interviniera en la satisfacción de las necesidades básicas de la población, surgió el "Estado de Bienestar", y con él la consolidación de la seguridad social. Como muy bien lo señala Néstor de Buen, la seguridad social" *compañera de viaje del* "Estado de Bienestar" *y vista con simpatía por el socialismo, a pesar de que no fue su creación",* se debate actualmente en problemas administrativos y financieros que parecen no tener fin y que representan su "talón de Aquiles" en la mayoría de las instituciones de seguridad social de América Latina. (6)

Conviene precisar que, si en el presente, los costos de la seguridad social se han incrementado, lo cual supone ser cuidadosos en su administración financiera, debe rescatarse la figura del Estado de Bienestar, que cumplió una función extremadamente importante en la consolidación de los países desarrollados y en muchos países de América Latina.

La protección social que surgió de la crisis de las dos grandes guerras mundiales, permitió proteger amplios sectores de la población que, de otro modo, hubieran padecido graves problemas de sobrevivencia. Así el Estado benefactor que constituyó una estrategia ideal de la sociedad política de la postguerra para el desarrollo del estado capitalista (en momentos en que se requería una intervención fuerte del Estado en lo social), representó, primero para Milton Friedmann y luego para los neoliberales, un adefesio que debía desaparecer, porque los nuevos postulados económicos exigen un repliegue del Estado en el desarrollo social, dando primacía al desarrollo económico.

Un Estado pequeño y poco interventor y un sector privado grande y productor parecer ser el pensamiento que recorre Latinoamérica desde el Río Bravo hasta la Tierra del Fuego. Así, ante la exigencia del repliegue del Estado en la administración de servicios (que incluye los de salud) cabe preguntarse: ¿por qué es urgente las reformas?, ¿para quién son los beneficios?, y ¿cómo se verá beneficiada la sociedad civil con estos cambios?

Si el Estado de Bienestar cumplió en su momento una

etapa adecuada en el proceso de restauración social (como es el caso de Costa Rica) y su compañera de viaje la seguridad social también, su debilitamiento paulatino, como consecuencia del aumento de la demanda, la contracción de la oferta, la insuficiencia de la administración financiera y el deterioro de los servicios, predice que el problema radica, no en el instrumento de desarrollo económico aplicado para acompañar el éxito de la seguridad social, sino en el patrón de acumulación que ha variado como consecuencia de la globalización de la economía y la transnacionalización de la producción.

Así, la crisis económica de principio de la década de los 80 y sus repercusiones en América Latina, es un ejemplo de la influencia externa en la inestabilidad de la seguridad social. Este aspecto se encuentra ampliamente demostrado, a partir de la crisis económica que vivió el seguro social costarricense en el período 80-83, como consecuencia de la inestabilidad cambiaria que se vivió, producto de la dependencia económica de los países periféricos de los centrales. (12)

Así pues, no es el Estado ni la seguridad social el problema de los costos crecientes de los servicios, sino la pérdida de estabilidad de los grandes centros finacieros internacionales, que hace naufragar economías débiles como la latinoamericana.

El tamaño del Estado y las condiciones en que opera la seguridad social, es el efecto y no la causa; por tanto, su mutilización, disminución, desmembramiento, debe atribuirse a políticas macroeconómicas de los países centrales cuya meta es transferir recursos finacieros del sector público al sector privado (vía control de inversiones), para que la economía recobre su "equilibrio" a costa de la reducción de programas sociales y del deterioro de los servicios.

A los problemas en el ámbito macroeconómico, debe sumársele una administración insuficiente de los programas de la seguridad social locales, y una centralización geográfica de sus actividades administrativas.

En el primer caso, la falta de capacidad gerencial de sus ejecutivos, en muchas oportunidades entorpece el desarrollo armónico de los programas, restándole una visión estratégica al cambio que permita superar las limitaciones de los recursos en

general. Al estar restringida la capacidad de creatividad de sus ejecutivos, difícilmente se logran superar las limitaciones administrativas y técnicas de las instituciones, lo cual conduce a efectuar un tipo de administración convencional, es decir, una administración donde el mantenimiento del sistema parece ser la norma que rige la gestión gerencial.

A la crisis general del sistema de salud, que se ve acrecentada por el incremento de la población, el aumento de las tasas de mortalidad y natalidad, la preeminencia de la medicina curativa sobre la preventiva (18), se le suma el aumento de los costos de la seguridad social, como consecuencia del aumento de la demanda y una administración financiera errática, en el campo de la recaudación, inversiones, evasiones, deuda estatal acumulada, lo cual supone contar con ejecutivos muy creativos que definan prospectivamente las soluciones a los problemas nuevos. (11)

Este aspecto es relevante, porque la crisis de la seguridad social. y consecuentemente la vigencia de sus principios filosóficos podría deteriorarse, en la medida en que los ejecutivos de la seguridad social en América Latina no tengan la capacidad gerencial suficiente para resolver, no sólo los problemas del corto plazo, sino, lo que es más importante, los de largo plazo.

Un pensamiento estratégico, un comportamiento estratégico y una administración estratégica, parecen ser elementos indispensables en el proceso de modernizar la gestión de los ejecutivos que laboran en el sector salud en América Latina.

El centralismo administrativo es otro de los males que padece la seguridad social en América Latina.

La concentración de la población en grandes metrópolis, especialmente en las ciudades capitales o en sus áreas metropolitanas circunvecinas, hace que los recursos se canalicen hacia los grandes centros urbanos en detrimento de las áreas rurales.

Como ejemplo de lo anterior, para el caso de Costa Rica, el 72,6% del recurso humano con que cuenta la Caja Costarricense de Seguro Social, (18.582 de 25.599 empleados) se encuentra ubicado o concentrado en el Valle Central (1) y el 35,7% (Diciembre 1991) de los recursos financieros

destinados a la atención de la salud de la población en general, son absorbidos por los cuatro hospitales centrales (Hospital San Juan de Dios, Hospital Calderón Guardia, Hospital México y Hospital de Niños) (2), con la consecuente desprotección de la periferia social que ven reducidos sus recursos, mientras una burocracia central define la distribución de los escasos recursos de que se dispone desde sus propios escritorios.

La reducción de gastos administrativos efectuando un recorte drástico en las áreas centrales en beneficio de las áreas rurales, parece ser una medida técnica urgente de adoptar por el nivel gerencial de la seguridad social de América Latina, aunque políticamente parezca inviable.

*"La primera prioridad de la seguridad social debe ser el bienestar de los asegurados* y *no el de sus empleados que son servidores de los primeros* y *no lo opuesto."* (11)

A modo de síntesis, ante la crisis que viene afectando la seguridad social, la administración que sustenta sus programas debe estar orientada por una mayor capacidad gerencial que permita, a la vez, introducir cambios importantes y motivar a las personas para mejorar logros en un ambiente muy cambiante y ante demandas sociales urgentes de resolver. Esto, con apego indisoluble a los principios que aquí se han venido tratando y que han sido fundamento esencial del desarrollo.

## Perspectiva futura de la Seguridad Social: Reforma administrativa o desaparición

A la luz de las tendencias contemporáneas *"sopla sobre el mundo un viento de liberalización que no exceptúa a nadie, la privatización es más que un lema"* (7); es una realidad que recorre todos los países en vías de desarrollo, en la medida en que constituye una nueva estrategia del patrón de acumulación, a partir de la premisa de la ineficiencia del Estado.

Así, eficiencia o ineficiencia parece ser el acertijo en que descansa la sobrevivencia de la seguridad social de América Latina, y, en última instancia, el papel del Estado en el campo del desarrollo social.

Debemos admitir que una organización estructuralmente

inadecuada, con prácticas administrativas anquilosadas, normas y procedimientos obsoletos y entrabados, ausencia de tecnología de informática en apoyo a procesos, así como la ausencia del recurso humano calificado, son algunas de las causas por las cuales la seguridad social "hace aguas" en varios países de América Latina.

Todo ello revela la necesidad de efectuar reformas profundas en su organización, sistemas administrativos, normativa legal que la rige y en sus recursos, especialmente los humanos.

En tal sentido, los principios filosóficos que legitimaron el origen de la seguridad social, podrían constituirse en una "pieza de museo", a la luz de los cambios sociales, económicos y políticos que se avecinan.

La irrupción con fuerza del neoliberalismo, plantea al nivel gerencial de la seguridad social, la urgente necesidad de jugar con las mismas "cartas" con que juega esta corriente economicista.

Así, eficiencia, eficacia, productividad, *"justo a tiempo", "calidad total", "círculos de calidad",* son los nuevos instrumentos que debe adoptar la clase gerencial que administra las instituciones de seguridad social de América Latina, tratando de adaptar su organización al ambiente que las rodea y del cual provienen las demandas y los recursos para su sostenimiento y desarrollo.

Imperiosamente, los gerentes de la seguridad social pueden y deben incorporar en su gestión administrativa instrumentos de administración científica que les permita mejorar su capacidad resolutiva. Así, los mismos instrumentos de administración que son aplicables en el sector privado y que hacen posible el que este sector sea "eficiente", con las reservas del caso, se pueden aplicar en el sector público. La diferencia la hace el recurso humano que labora en ambos sectores.

Profesionales altamente capacitados, bien pagados y con la moral en alto son tres de los elementos indispensables para que la seguridad social se mantenga y se consolide.

En tales condiciones, a la apatía hay que enfrentarla con personal motivado hacia el trabajo, los complejos problemas administrativos deben ser resueltos por un recurso ejecutivo creativo, a la complejidad del trabajo se responde con la

implantación de excelentes programas de capacitación y formación, la ausencia de planificación se contrasta con la elaboración de planes corporativos, estrátegicos y tácticos adecuados.

Así, la solución a la crisis empieza por promover reformas profundas en todo el accionar administrativo institucional, elevando los niveles de excelencia de los ejecutivos de las organizaciones de la seguridad social de América Latina, que promueva y facilite la implantación de cambios estratégicos.

La eficiencia, eficacia y productividad es posible obtenerla si se cuenta con personal altamente calificado y motivado para el logro. Lo importante es tener la visión política de la necesidad de efectuar cambios y resistir y saber canalizar las presiones de los grupos o actores con intereses personales y gremiales que luchan por mantener el status quo.

Estos cambios solo serán posibles si se tiene claramente establecida la diferencia entre un *"administrador"* y un *"gerente estratégico"*.

Por el contrario, si las autoridades superiores de la seguridad social de América Latina no modifican su comportamiento organizacional, la crisis se agravará. El aumento del costo de los servicios, como consecuencia de no administrar certeramente los recursos financieros disponibles, otorgando beneficios sin contenido económico, donde priva el interés político-electoral por encima del criterio técnico, no modernizar la estructura organizativa y los sistemas de apoyo, ni mejorar los servicios a la población, forman parte de problemas cuyas soluciones implican una gran creatividad, y que, en caso de ser postergados, podrían dar al traste con los beneficios sociales que fueron alabados en el pasado pero cuestionados en el presente.

La aplicación técnica de sanos principios de administración, son los mismos que deben operar, tanto en las organizaciones públicas como en la privadas. La diferencia se encuentra en poseer recurso humano calificado y en la mística y motivación que se tenga. Problemas administrativos y financieros siempre existirán en ambos sectores. La diferencia estriba en que en el sector privado la empresa se cierra y no opera más, mientras en el sector público, la *"empresa"* no se puede cerrar porque su misión y objetivos son diferentes.

Así, la misión humanitaria de proveer de asistencia

médica, servicios y prestaciones a la población, se realiza en el ámbito de la salud pública sin distingos de raza, color, condición social o económica.

Principios como los de la seguridad social, que movilizan recursos y servicios en beneficio de las clases de menores recursos, es decir, de los que sufren y los que menos tienen, no pueden trocarse y compararse con principios que están orientados a la obtención y privatización de las ganancias. Esta es la gran diferencia que obliga a producir cambios radicales en las instituciones de la seguridad social de América Latina, para que ésta logre sobrevivir.

Con lo expuesto, quedan planteados los elementos centrales del trabajo para el debate: la modernización y la superviviencia de los sistemas de seguridad social de América Latina, donde el estudio del caso de Costa Rica adquiere relevancia científica y práctica.

# Bibliografía


1) **C.C.S.S. Memoria 1950 - San José, 1951.**

2) **C.C.S.S. Memoria Anual 1951 - San José, 1952.**

3) **C.C.S.S. Memoria Anual 1953 - San José, 1954.**

4) **C.C.S.S. Proyecto de Fortalecimiento de la Organización Institucional, 1992.**

5) **C.C.S.S. Informe Evaluativo de la Gestión Administrativa y Programática Institucional, 1991.**

6) **De Buen, Néstor. El viaje de regreso de la Seguridad Social en Iberoamérica, en: Evolución de la Seguridad Social y su adaptación a las realidades económicas y sociales de Iberoamérica. Tegucigalpa, 1992.**

7) **De Ferrari, Francisco. Los Principios de la Seguridad Social, Buenos Aires, Ediciones Depalma, 1972.**

8) **Elger, María Luisa. La Seguridad Social en el Proceso de cambio Internacional, México, I.M.S.S., 1980.**

9) **Mallet, A. Seguridad Social para Trabajadores Agrícolas de América Latina, Ginebra, Suiza, 1978.**

10) **Marquez, Patricio y Emgler, Tomas. Crisis y Salud: Retos para la Década de los 90. En: Revista Educación Médica y Salud, Volumen 24, Washington D.C., 1990.**

11) **Meza-Lago, Carmelo. La seguridad social en América Latina. Washington, B.I.D., 1991.**

12) **Miranda, Guido. La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica, San José, Edit. EDNASS. C.C.S.S. 1988.**

13) **Metter, F. La Seguridad Social y sus Principios, México, I.M.S.S., 1982.**

14) **O.I.S.S. Nuevo Modelo de Sistema de Seguridad Social Participada. Madrid 1976.**

15) **O.I.S.S. Evolución y Tendencias de la Seguridad Social. 1984-1986. XXII Asamblea General. Montreal 1986.**

16) **O.I.S.S. Revista Internacional de la Seguridad Social. Ginebra Suiza, Enero - Febrero 1991.**

17) **O.I.T. Introducción a la Seguridad Social. Ginebra Suiza, 1984.**

18) **O.I.T. Evolución de la Seguridad Social y su Adaptación a las Realidades Económicas y Sociales de Iberoamerica. Tendencias y Perspectivas. XI Congreso Iberoamericano de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.Tegucigalpa, Honduras, 1992.**

19) **O.I.T. Efectos Macroeconómicos de la Seguridad Social. Ginebra, Suiza, 1970.**

20) **O.I.T. La Seguridad Social en las Perspectiva del año 2.000, Ginebra Suiza, 1984.**

21) **O.I.T. La Protección de la Vejez por la Seguridad Social. Conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra, 1989.**

22) **Valticos, Nicolás. Derecho Internacional del Trabajo. Editorial Tecnos, Madrid, 1977.**

23) **Zúñiga Císneros, S.M. Seguridad Social y Su Historia, Caracas, 2ª Edición 1980.**

# La demanda ilimitada de Servicios de Salud. Su satisfacción con recursos limitados

Dr. Luis B. Sáenz Delgado

# Introducción

Antes que una discusión académica acerca de la demanda de servicios de salud, este trabajo tiene la finalidad de exponer algunos conceptos acerca de la organización de sistemas de salud y vincularlos a la realidad costarricense actual y a las propuestas de reformas que han surgido durante los últimos años. Por lo tanto, no pretende ser exhaustivo sino más bien resaltar ideas que conforman opciones sobre posibles cambios que, dependiendo del énfasis que se les dé, pueden provocar diferentes resultados. En ese sentido, la idea es presentar a los lectores de estas líneas algunos detalles de la teoría de los sistemas de salud y sus aplicaciones prácticas en reformas en diferentes países.

En un proceso de cambio como el que se encuentra el sistema de salud costarricense es siempre recomendable el análisis, tanto teórico como práctico, de distintos conceptos sobre sistemas de salud. Dada la complejidad y la naturaleza de los problemas de los servicios de salud no es posible establecer una relación unicausal entre una solución y un determinado problema. El reflexionar acerca de que las medidas correctoras son comprensivas conduce a mejorar la congruencia de una propuesta y garantizar el éxito en su puesta en marcha.

Es entonces el propósito de esta capítulo el estudiar la demanda de los servicios de salud. Se analiza la dificultad para estimar la demanda de servicios y la necesidad de poder disponer de conceptos que permitan ser aplicados a los sistemas de salud, preservando y buscando el principio de equidad. Para ello se define, como es necesario, que la demanda de servicios se apegue a la satisfacción de necesidades y no al estímulo de consumo de servicios. Dado que la oferta es limitada, es necesario que los recursos destinados a satisfacer la demanda de servicios de salud se puedan acoplar de la manera más eficiente al menor costo y al nivel de mayor efectividad, esto es, que los servicios lleguen a toda la población que los requiere en la calidad y cantidad adecuada. Un aspecto que llama la atención es que no es posible cumplir con todos los principios simultáneamente. Es decir, no es posible que un sistema sea efectivo, de bajo costo, de cobertura universal y de amplia libertad de escogencia, aunque para técnicos y políticos la finalidad de su quehacer es acercarse lo más posible a ello.

Los sistemas de salud tienen desequilibrios propios en su diseño, característico de la sociedad en que se desarrollan y del balance que ésta le da a los objetivos individuales y colectivos en el campo de la salud.

Es importante recalcar que el proceso de cambio debe entenderse dentro de una estrategia que conlleva cambios legales, administrativos, actitudinales, tanto de los trabajadores como de la población. El Seguro Social Costarricense tiene, al igual que otros países en el continente americano, su inspiración en las ideas alemanas del siglo pasado e inglesas de la segunda mitad de este siglo. Las ideas de cambio en este momento también están permeando a todos los países europeos. Estudiosos de los sistemas de salud han podido llegar a proponer conceptos para el campo de los servicios de salud que mezclen las bondades y los beneficios de sus respectivos sistemas.

## Marco de políticas de salud y atención

Es necesaria la existencia de un conjunto de políticas de salud que sirvan como marco de referencia para posteriormente construir o reformar el sistema de servicios de salud. Los siguientes párrafos sugieren ideas para la reflexión a este respecto.

La sociedad costarricense ha consignado en su legislación y sus costumbres una tradición hacia la búsqueda de formas que garanticen el derecho a obtener servicios de salud de una manera equitativa, es decir, que los servicios que requieran se obtengan, independientemente de la condición económica y la capacidad de pago. Este concepto, que se denomina equidad en la accesibilidad, debe tener, sin embargo, contenido en términos financieros lo que se logra por medio del principio de solidaridad. Al ser las necesidades en salud prácticamente infinitas, se requiere de un consenso social con el fin de determinar las prioridades que se traducen en políticas de salud y de atención. Dado que la capacidad tecnológica ofrece grandes posibilidades, debe existir un conjunto de principios plasmados en leyes, reglamentos y procedimientos de trabajo, que expresen de la manera más explícita posible los derechos para el uso de los servicios de atención a la salud. En resumen, la forma en que una comunidad hace uso de los servicios de salud y de las posibilidades de acceso, tanto en forma como en calidad,

están en primera instancia definidas por una expresión ideológica de la sociedad.

El principio de solidaridad puede tener varias connotaciones, no necesariamente excluyentes entre sí, aunque complementarias dentro de un marco de política de salud. Se definen entonces la solidaridad en el financiamiento, la que garantiza la supervivencia de las instituciones y que tiene un respaldo constitucional. La solidaridad por riesgo, en la que la población sana financia a las personas con limitaciones permanentes. Finalmente, la solidaridad por ingreso, en la que los de mayores recursos financian a los pobres (1). También acompaña al principio de solidaridad un conjunto de paradigmas, estos sí excluyentes entre sí, que dan un énfasis al enfoque del sistema de salud y se centra en cómo se percibe la responsabilidad hacia la búsqueda de mejores condiciones de salud. Se describen tres perspectivas: la individualista, en la que el centro es el beneficio privado que se obtiene de los servicios de salud, tanto preventivos como curativos. La perspectiva colectiva o comunitaria que parte de la responsabilidad del individuo dentro de la familia y la comunidad en que vive, con un concepto social que da contenido a la solidaridad. Una tercera opción es la visión profesional de la salud que se caracteriza por la visión medicalizada de la salud.

Los criterios de efectividad y eficiencia no se aplican de manera lineal sino más bien de una forma consecutiva, posterior a un análisis de las necesidades y bajo el tamiz del requisito de escogencia, dado que los recursos disponibles por lo general no son suficientes para poder satisfacer, en un momento dado, todos los problemas de salud. Es así como, dentro de un concepto de campo de fuerzas y de interés de grupos, la efectividad adquiere vigencia para un grupo de población y para un conjunto de condiciones de salud. La eficiencia por su parte, como criterio para el diseño de políticas de salud, se utiliza para evaluar la gestión pasada y estimar el comportamiento futuro de un programa. En este sentido, se puede concluir que los problemas de financiamiento corresponden a un exceso de gasto con baja efectividad o a una carencia de fondos.

La participación privada en la prestación de servicios puede llegar a representar un importante potencial para el

incremento de la oferta de servicios de salud, dentro de un marco de referencia en que no se sacrifique la equidad en el acceso a los servicios y que éstos se den dentro de un marco de competitividad y de calidad. Sin embargo, con una larga tradición de prestación pública, el desarrollo privado tiene sus limitaciones más aún si se deja su desarrollo a las condiciones que ofrece un panorama distorsionado por los servicios públicos y por la dualidad de incentivos presentes en la oferta. Se presentan entonces dos dimensiones de la privatización, dependiendo de su ubicación en el primer o segundo nivel de atención y de si los incentivos logran una contención del costo o promueven una escalada de gastos. De manera que la mera privatización no es, por sí misma, garante de mayor eficiencia del sistema en forma global.

Para el diseño de políticas de salud deben tomarse en

**Cuadro 1. Análisis F.O.D.A. de los servicios de salud de Costa Rica 1993.**

| | |
|---|---|
| **FORTALEZAS** | Seguridad Social como un logro colectivo e irrenunciable de la comunidad.<br>Compromiso político hacia la salud.<br>Sistema solidario y universal con rentas propias.<br>Sistema solidario y universal con rentas propias.<br>Alto grado de capacitación del recurso humano en salud.<br>Amplio Desarrollo de infraestructura física.<br>Un proceso de integración CCSS- Ministerio de Salud |
| **OPORTUNIDADES** | Voluntad política de cambio.<br>Experimentos con nuevas formas de administración que impulsan un nuevo modelo de atención.<br>Existencia de grupos técnicos y políticos para el análisis y la elaboración de propuestas. |
| **AMENAZAS** | Resistencia al cambio por parte de grupos involucrados.<br>Tendencia a la privatización de las fuentes de financiamiento.<br>Escaso recurso gerencial capacitado.<br>Evasión del pago de cuotas a la Seguridad Social.<br>Escasa incorporación de profesionales del área social en la prestación de los servicios. |
| **DEBILIDADES** | Administración y planificación centralizada basada en la libre demanda.<br>Carencia de evaluación de calidad y de definición de metas cualitativas.<br>Subutilización e inadecuada distribución de recursos humanos, físicos y tecnológicos.<br>Enfoque biologista de la atención con limitada participación social y pocas posibilidades de escogencia por parte del usuario.<br>Deshumanización de la atención.<br>Tendencia al incremento de costos y a la inequidad. |

***Adaptado de: Propuesta de readecuación del Modelo de Atención. San José, 1993***

cuenta los intereses de los grupos involucrados y la razón de su preocupación, especialmente las vinculadas a los aspectos de costo. Es posible identificar cuatro grandes grupos: los profesionales, por su ingreso; los empresarios, por la influencia en los costos de producción; los grupos sociales, por la cobertura y los políticos, por los impuestos que se requieren para financiar el gasto en salud (2).

Un análisis del sistema costarricense de prestación de servicios ha permitido evaluar los factores beneficiosos y negativos del sistema de salud, resumido en el Cuadro 1 (3). En el cuadro se enumeran las principales características en función de la perspectiva futura, haciendo énfasis en las debilidades y las fortalezas, así como en las oportunidades positivas para garantizar éxito en el cambio y, finalmente, las amenazas que afronta el sistema, producto del reacomodo de fuerzas de poder.

La participación del Estado en los servicios de salud ha tenido una especial connotación en el desarrollo del país. En este momento, su participación en el financiamiento tiene un elevado grado de consenso y se hacen importantes esfuerzos para el mejoramiento de la recaudación y de la cobertura del aseguramiento. Más compleja es la participación del Estado en la prestación de los servicios, en razón de que se da en un contexto de rigidez con dificultades para la adecuada gestión. Se hace necesaria una redefinición de la participación pública, en primer lugar, por el elevado costo que significa diseñar una estructura privada paralela que sustituya a un ineficiente sector público en salud y, en segundo lugar, por las implicaciones de un incremento exponencial del gasto en salud en un sistema exclusivamente basado en el libre mercado. Es así que las opciones públicas implican necesariamente el fortalecimiento de las instituciones promoviendo la competitividad entre prestadores y los incentivos para la eficiencia y la calidad, no solamente a nivel individual sino al del conjunto de prestadores.

## Características de la demanda de servicios de salud

La búsqueda de atención por parte de las personas está influenciada por muy variados factores, los cuales condicionan finalmente que el individuo decida asistir a los servicios de salud y solicitar atención para resolver su problema mediante

el "consumo" de servicios a una determinada intensidad y cantidad. Debe considerarse también que la atención médica y las prestaciones de servicios de salud son parte de la demanda por salud, que corresponde a un concepto más amplio en que se involucran los hábitos y la educación, en un sustrato condicionado por el medio ambiente social y natural. Es así que la complejidad del estudio de la demanda trasciende a los servicios de salud, razón por la que el Estado y la sociedad deben tener en cuenta que debe darse una coherencia entre las políticas de atención, en relación con los servicios hospitalarios y ambulatorios y las correspondientes a aspectos más generales como la educación en promoción de la salud (4).

La demanda de servicios de atención, independientemente de que éstos sean brindados por médicos u otro personal de salud, se comporta de forma distinta a la demanda de otros bienes o servicios. El comprender estas diferencias es de utilidad para el diseño de políticas de salud, más si se trata de políticas de apertura hacia un sistema de participación privada, en el que se descentralizan las decisiones, ya que se pueden estar introduciendo incentivos a la demanda de servicios sin un efecto particularmente positivo sobre la salud de las personas.

Las expectativas del demandante de servicios de salud parten de la percepción de una necesidad que, a su juicio, requiere de una intervención del personal de salud. Esta percepción se contrasta con la información disponible para decidir acerca de cuál es la mejor manera de lograr la satisfacción de dicha necesidad percibida. La información requerida incluye lo siguiente: cuál es el tipo de servicio que se requiere, cuál está disponible desde el punto de vista geográfico y cultural; cuál es el precio que se debe pagar, cuáles son las diferentes opciones, cuáles son las consecuencias si no se busca atención. Desde otra perspectiva, el oferente o los oferentes de los servicios, disponen de recursos y de regulaciones para su utilización, que conducen a la satisfacción de la demanda solicitada. De esta interacción entre los demandantes y los oferentes de servicios de salud se deriva teóricamente, en primer lugar, la satisfacción de la necesidad percibida y en segundo lugar, un mejoramiento en la condición de salud. Este último aspecto requiere de una consideración

especial, dado que pueden existir demandas que no conduzcan a un mejoramiento de la condición de salud o, por el contrario, servicios de índole preventiva que no se estén demandando pero que se estimen como necesarias. Algunas de las razones por las cuales los conceptos clásicos de demanda no se aplican estrictamente a los servicios de salud son los siguientes: no se da necesariamente una correspondencia entre las necesidades y la demanda de servicios. En muchos casos esta necesidad puede ser desconocida, como en el caso de enfermedades en estadíos iniciales. Hay una dificultad para poder juzgar la calidad de los servicios al utilizar criterios indirectos, como precio o comodidades accesorias a la atención. Además, la disponibilidad de la oferta puede ser insuficiente, dado que se dificulta la estimación de la demanda si se basa en el principio de la competencia perfecta. La presencia de externalidades en algunos de los servicios hace difícil la relación del beneficio público o privado (5,6,7,8).

Ante el costo creciente de los servicios y dado que las personas enfermas se encuentran con la capacidad productiva limitada, surge el componente financiero de servicios, que puede llegar a tomar distintas formas dependiendo de la organización y de la complejidad de la sociedad. En sociedades menos desarrolladas, es generalmente el Estado, por medio de un Ministerio de Salud, que financia directamente las prestaciones de los servicios. En el caso de esquemas más desarrollados, por lo general existe una tercera parte financiadora con algún grado o con total independencia de los servicios. Este financiamiento se lleva a cabo por medio de la participación individual, así como de los empleadores, utilizando el concepto de seguro, sea éste público o privado. Se financia mediante una prima fija o un monto proporcional al ingreso o riesgo de enfermar. Así se garantiza una atención médica en el momento que se requiera; esta atención puede ser gratuita o requerir de un copago en el momento de la misma. Se puede considerar entonces, que el pago directo por prestaciones por parte de los usuarios de los servicios ha sido sustituido por la presencia de seguros, aunque en algunos casos como el de Costa Rica, aún se utiliza por parte de algunos sectores de la población con elevados ingresos y en menor cuantía, para situaciones especiales generalmente de bajo costo por grupos de menor ingreso (9). La existencia de una tercera parte

pagadora genera dos grandes problemas; el primero, en el caso de que los servicios sean gratuitos en el momento de la prestación, se tiende a producir un incremento en la demanda de éstos, con la consecuencia directa de la sobrecarga de los servicios y la presión sobre la calidad. Por otro lado, se desarrolla una tendencia a adquirir un seguro por el menor monto posible y en el momento más cercano a los episodios de enfermedad. Esto produce una *"pérdida"* para el ente asegurador, ya que personas con un escaso nivel de cotización incurren en gastos para los cuales no ha existido una capitalización (10).

Otra perspectiva para el análisis de la demanda es que, en el caso de los servicios de salud, el personal de salud, especialmente el médico, es el que determina y lleva a la práctica la demanda, al decidir acerca de los servicios y los medicamentos que deben prescribirse; en otras palabras, es responsable del consumo de recursos que se realiza. Un fenómeno colateral a éste es el denominado "*demanda autoinducida"*, que consiste en la demanda de servicios que está ligada al prestador y que éste genera, ya sea guiado por un incentivo para su ingreso económico o de complacencia del paciente. Es por este motivo que el diseño de los sistemas de salud debe considerar la relación existente entre la remuneración del personal de salud y la demanda de servicios. Un claro ejemplo de esto es el pago al médico por acto realizado, comparado con el pago basado en capitación. El primero, independientemente del pagador, presenta un incentivo hacia el consumo de servicios, que es el mecanismo de garantizar un mayor ingreso; mientras que en el segundo, el incentivo va dirigido al cuidado de la salud independientemente de los servicios que se requieran. Es de suma importancia el tomar en cuenta la existencia de incentivos hacia la demanda de los servicios o hacia el fomento de la salud.

Ante la posible discrepancia entre necesidad y demanda, surge el concepto de demanda percibida por el paciente y el de demanda normativa, que la estima el personal de salud y que se basa en el conocimiento de los patrones de riesgo, de morbilidad y mortalidad de una determinada comunidad.

Un concepto que ha venido tomando mayor importancia en los últimos años es el de la libertad de escogencia por parte

del usuario. En este sentido llama la atención el hecho de que como requisito del ejercicio de una plena escogencia debe existir la información acerca de las posibles opciones entre las que se puede elegir. En este sentido, dicha libertad de escogencia puede estar influenciada por factores exclusivamente publicitarios acerca de las comodidades y del mercadeo de servicios, hasta por el diseño de criterios de calidad para seleccionar un tratamiento con un médico o en un hospital en particular. En relación a esto último, recientemente el Comité para la Contención de Costos en Servicios de Salud de Pennsylvania ha publicado un reporte acerca de la efectividad de los hospitales en el tratamiento de determinados padecimientos; en dicha publicación se clasifican los médicos y cirujanos, así como los establecimientos, de acuerdo con el éxito de los tratamientos ofrecidos, medidos éstos con indicadores de mortalidad y complicaciones, obviamente estandarizados de acuerdo con criterios de edad y severidad de los pacientes tratados (11). Entre estos dos extremos es posible ubicar la libertad del usuario, uno altamente subjetivo y relacionado con las condiciones concomitantes a la atención; el otro medible y con un resultado directo en la calidad de la atención recibida. La solicitud de una mayor libertad de escogencia se hace más relevante en el momento en que los servicios *"tradicionales"* no son oportunos y presentan problemas de coordinación de interconsultas y de servicios de apoyo para diagnóstico. Es entonces que, generalmente, el reclamo por mayor libertad de escogencia se plantea en términos de un incremento de la oferta, por lo general, hacia la de tipo privada. Desde una perspectiva económica, la libertad de escogencia se hace más necesaria en el momento en que el costo de oportunidad de esperar por un servicio se incrementa.

Estudios sobre demanda de servicios de salud en relación con las condiciones sociales han llegado a demostrar que al mejorar el nivel de salud de la población producto de las mejoras de las condiciones sociales y del nivel de información acerca de la salud, decrece la tendencia a consumir servicios de salud (12).

Es entonces necesario recalcar que la demanda de servicios de salud no es un concepto homogéneo, sino que presenta diferentes características si se trata, por ejemplo, de demanda de servicios en un primer nivel de atención o de

servicios de alta complejidad en un hospital. Es posible influir el comportamiento de la demanda a partir de la organización de la oferta, especialmente en el primer nivel de atención. Como por lo general el nivel secundario y terciario son de mayor costo, se espera que el médico del primer nivel de atención posea una elevada capacidad de resolución de los problemas de salud, y cuente con la confianza de los pacientes y con suficiente criterio técnico para decidir sobre las referencias a los niveles subsiguientes. En algunos sistemas privados pueden proveerse incentivos para captar la mayor cantidad de afiliados, pero luego se prestan servicios bajo los límites de la demanda y la necesidad. Para esto no es suficiente el control, ya que el problema radica en cómo está diseñado el sistema y cuáles son los mecanismos de ganancia para los dueños (13).

Es posible resumir entonces que la demanda de servicios de salud depende de múltiples factores, entre los cuales se destacan algunos difícilmente cuantificables y predecibles como la propia percepción de necesidad, la cual depende del nivel cultural y especialmente de la expectativa individual o colectiva de la salud y la enfermedad. Aunado a esta incertidumbre, se destaca también el hecho de la gran influencia que la misma organización de la oferta ejerce sobre la demanda. Debe destacarse la forma de retribución a los trabajadores de la salud, especialmente al médico y la gratuidad o no de los servicios al momento de la prestación. Una serie de prestaciones que pueden considerarse como suntuarias y cuyo otorgamiento no entra bajo la responsabilidad de los servicios públicos en un sistema de recursos limitados pueden tener cabida a partir de fuentes privadas, ya sea por pago directo o mediante seguros. También existe lo que se denomina el seguro complementario, para cubrir gastos de servicios de costo muy elevado o para pagar lo que se conoce como amenidades, que es cuando los servicios propiamente dichos son cubiertos por otro sistema, generalmente el público.

Los siguientes son principios básicos sobre los que se fundamenta la demanda de los servicios de salud:

El papel del médico como inductor al uso de servicios, al actuar como intermediario entre el paciente y los servicios de salud, se conoce como la ley de Roemer y se aplica a las

instalaciones hospitalarias y ambulatorias.

Para la gran mayoría de los casos el momento y la intensidad de la demanda no es predecible. Sin embargo, para una serie de condiciones es posible ejercer medidas preventivas primarias o secundarias, con un alto impacto en el mejoramiento de las condiciones de salud y con la ventaja de que sí son predecibles.

Existen mecanismos para la regulación de la demanda de los servicios de salud; sin embargo, algunos tienen un efecto negativo en la eficiencia del sistema, especialmente incrementando los costos y distorsionando la relación médico paciente. La regulación, responsabilidad del Estado y de otros órganos especializados, garantizan la equidad y el acceso de la población.

## Oferta limitada: Los criterios para su organización

Los gobiernos participan en la atención de la demanda de servicios en el contexto de tres grandes modelos: predominantemente privado, predominantemente público o un híbrido. Esto, tanto para el financiamiento como para la prestación de los servicios. En el primer grupo se tiene como prototipo aquel modelo en que se da un seguro privado, que se adquiere por medio de los empleadores. Los servicios son prestados por hospitales y profesionales organizados privadamente, retribuyéndose mediante un sistema de pago entre los entes financieros y prestadores. En este caso el Estado financia la cobertura de los grupos sociales que no pueden optar por seguros privados. En el otro extremo, se encuentra el sistema predominantemente público, que es financiado por medio de impuestos o por medio de contribuciones provenientes de las planillas. La atención es brindada en establecimientos públicos y los profesionales son pagados por salario o mediante contratos. Un modelo híbrido combina características de ambos; por ejemplo, puede ser financiado públicamente mediante contribuciones provenientes de las planillas y los servicios son ofrecidos mediante entes privados. El principal criterio de esta clasificación es el carácter público o privado del financiamiento y de la prestación. En ese sentido,

es posible contar también con combinaciones públicas o privadas como parte del financiamiento y también de la prestación. Es entonces válido emplear el término de mercado de los servicios de salud, aunque por un lado éste tenga características particulares como las descritas en el aparte anterior y a pesar de que en algunos casos, la atención y el financiamiento sea predominantemente público y dado también el carácter especial que la sociedad le otorga a la salud y al derecho a la atención. En el caso de Costa Rica, prevalece el modelo híbrido y se encuentran distintas formas, aunque se da un predominio de la prestación y el financimiento públicos por medio de la Caja Costarricense de Seguro Social. En el cuadro 2 se presenta el detalle del modelo costarricense en cuanto a prestación y financiamiento de los servicios de salud y la proporción del financiamiento que corresponde a cada fuente. Es importante anotar que las opciones no son excluyentes. Existe más bien un grado de duplicidad que está representado especialmente por el financiamiento a la Caja y el pago directo hacia los servicios privados. Es posible, a partir de esta situación, el imaginar otras formas de organización, tanto públicas como privadas, que puedan complementarse más que antagonizar.

Además de los financiadores y prestadores de los servicios, es necesario enumerar otros participantes en un sistema de salud. Tal es el caso de entidades reguladoras, tanto gubernamentales como no gubernamentales, cuya finalidad es la de garantizar el acceso y buscar la equidad. Esta regulación es necesaria, dadas las múltiples particularidades que caracterizan a la demanda de servicios de salud. Estas particularidades tienden a promover distorsiones a la hora de organizar la oferta, especialmente dada la asimetría de información acerca de los condicionantes de la salud y de los factores de riesgo, así como el costo social que provocan estas distorsiones entre la demanda y la oferta. Estas regulaciones se practican en el campo de la planificación de los establecimientos y del recurso humano, por las formas de financiamiento y de pago a los servicios y también por las regulaciones éticas y acerca de la calidad de los servicios. Sin embargo, esta regulación puede diferir tanto en forma como en extensión, con un amplio rango de variación que va desde la planificación centralizada hasta la no regulación, modelo que no

## Cuadro 2. Formas de participación público-privada en el financiamiento y la prestación de los servicios de salud de Costa Rica

| PRESTACION / Financiamiento | PUBLICA | PRIVADA | | Total % Financiamiento (7) |
|---|---|---|---|---|
| | | Sin fines de lucro | Con fines de lucro | |
| **Aporte Fiscal** | Atenciones a nivel preventivo y curativo del M. Salud (1) | Aporte parcial a las Cooperativas (2), 10% | | **9** |
| **Cotización Obligatoria** | Atenciones ambulatorias y hospitalarias en el Seguro Social<br>Accidentes y riesgos de trabajo<br>Asignaciones Familiares que financian parcialmente el Ministerio de Salud | Dos Cooperativas a nivel de atención ambulatoria 2.5% de las Consultas (2), 90% | Compra de Servicios por la CCSS:<br>-Algunas especialidades(3)<br>-Estudios<br>-Despacho de medicamentos<br>Compra de servicios por el INS para atención de enfermedades y accidentes laborales | **67** |
| **Prepago Voluntario** | | | Seguros de servicios Médicos (INS) para servicios ambulatorios y hospitalarios. (4)<br>Seguro de atención del parto (Banco Privado) | **1,5** |
| **Pago Directo** | Atenciones en el Seguro Social (Muy pocas) (5) | | -Clínicas privadas 125 camas<br>-Consultorios Médicos<br>-Servicio de laboratorio, radiología, farmacia | **22** |
| **Mixto** | | Medicina de Empresa (6a) | Medicina mixta (6b)<br>Pensiones en hospitales públicos (66 camas) | **0,5** |
| **Total % camas** | 98% | | 2% | **100** |

**Notas:**

1-El presupuesto del Ministerio de Salud tiene 17 fuentes diferentes.
- -El aporte fiscal equivale al 54%.
- -Asignaciones familiares 33,49%.
- -Varios (Lotería, ventas, otros) 12,5%

2-La proporción del financiamiento de las cooperativas es del 10% del Ministerio de Salud y 90% de la Caja Costarricense de Seguro Social, por medio de contratos.

3-Compra de servicios en especialidades: Oftalmología, estudios de tecnología mediana y alta en casos de que la oferta de la Caja no esté disponible.

4-El Instituto Nacional de Seguros (INS), es un ente público que administra los seguros del riesgo del trabajo y de riesgos de accidentes. Entre otros servicios ofrece venta de seguros por gastos médicos.

5-Corresponden muy pocos servicios de personas no aseguradas atendidas en stablecimientos del Seguro Social.

6a-En la medicina de empresa, ésta contrata al personal, sin fines de lucro y la C.C.S.S. aporta los servicios de apoyo. La prestación tiene un componente de despacho de medicamentos, otorgamiento de servicios de laboratorio y atenciòn especializada eventualmente otorgadas por la C.C.S.S.

6b-El profesional que otorga el servicio es privado, con fines de lucro. El apoyo público a través de la C.C.S.S., al dar los medicamentos y los otros servicios de apoyo al igual que en medicina de empresa.

7-Estimación aproximada con datos de 1988 y 1991.

se da en el campo de la salud en ningún país. En los lugares en que más se aproxima a esto último, el Estado interviene para regular la selección del riesgo por parte de aseguradoras y la calidad de la atención por parte de prestadores (14). Dos conceptos reguladores de suma importancia son el de planificación adaptada al nivel local, sobre el cual se sustentan los procesos de descentralización y el de mercado planificado, en el que se establece la selección y aplicación de instrumentos de mercado para lograr objetivos propuestos por el Estado; la aplicación de este último concepto lleva al establecimiento de competitividad en organizaciones de propiedad pública. Otro grupo que forma parte del sistema de salud es aquel en el que participan los distintos grupos interesados, especialmente los usuarios de los servicios y los prestatarios, esto últimos con una gama de intereses que se conforman en grupos de poder. Un último grupo está conformado por organizaciones asesoras, tanto nacionales como internacionales, que participan en el diseño de políticas de salud y en la evaluación.

Al igual que en la demanda, la organización de la oferta adquiere una dimensión distinta, según el nivel de atención de que se trate, ya sea este el nivel primario o el especializado, incluyendo el hospitalario. La coordinación entre los distintos niveles tiene como fundamento la gran capacidad de resolución del primer nivel; es allí donde se pueden detectar enfermedades en estadíos iniciales o subclínicos y promover la educación y la salud. El segundo nivel será en el que se resuelvan situaciones más complejas y consecuentemente de mayor costo. Esta idea lleva intrínseco un concepto que no siempre está presente en los sistemas de salud y sobre el cual puede residir el funcionamiento satisfactorio del sistema. Es la existencia de un elemento regulador para el paso entre niveles de atención, el cual puede ser el médico general o el médico familiar o el equipo de salud responsable de un segmento de población. La presencia y el funcionamiento de lo que algunos autores denominan el "gatekeeper" entre el primer nivel y los subsiguientes, no solamente es una figura administrativa sino que es preciso que tenga un afianzamiento en la cultura alrededor de la cual se establece la relación médico-paciente.

Dada la importancia de la forma de pago a los

## Cuadro 3. Principales características de las formas de pago al profesional en los servicios de salud.

| Forma de pago | Definición | Ventajas | Desventajas | Posibles incentivos |
|---|---|---|---|---|
| **Salario** | Monto fijo por un período de tiempo. Puede darse por parte de la jornada y el profesional puede tener otro arreglo de pago para el resto de ésta. | El profesional es responsable ante una organización. No hay incentivos para servicios innecesarios. No se da la tendencia a evitar los pacientes difíciles. Puede haber control de costos ya que el salario es conocido. | No hay incentivos a la productividad.<br><br>No hay incentivos a la relación médico-paciente. | Bonificación por: productividad, satisfacción del paciente, calidad de la atención y evaluación del equipo. |
| **Capacitación** | Pago de un monto por persona registrada con un prestador por un período de tiempo. Puede darse en iguales condiciones para todos los pacientes o diferenciarse según edad, sexo o nivel de salud. | Apropiado para que los médicos establezcan una relación con una población y sean responsables por la salud de la misma. También actúan como reguladores de los servicios del segundo y tercer nivel. | Puede ser un incentivo a evitar pacientes que requieren mucha atención. | Incentivos selectivos para la atención de condiciones de salud especiales, como vacunación, detección condiciones subclínicas. |
| **Caso** | Se paga un monto fijo por todos los servicios que requieren la atención del paciente. Se utiliza para diagnóstico o procedimiento. Puede darse tanto para servicios hospitalarios como ambulatorios. | Es apropiado para contener costos cuando la atención requiere procedimientos o múltiples visitas. Util para servicios del segundo y tercer nivel.. | Difícil de implementar. | Se puede bajar el costo tratando volúmenes elevados de casos por año. Fomenta la competitividad entre grupos de especialistas y prestadores de servicios de alta complejidad. |
| **Servicio directo** | El profesional fija su tarifa. Existen dos formas, el cobro directo al paciente con o sin reembolso posterior. El profesional cobra a una entidad por el total o parte del servicio. | Promueve la productividad. Es de alta aceptación por los profesionales. | Fomenta las atenciones innecesarias. Es complejo de implementar. Requiere por lo general elevados copagos por parte del paciente. | Incentivo al rápido trámite del pago cuando se disminuya el precio. |
| **Prospectivo por servicio** | Los profesionales negocian por medio de asociaciones un esquema de pago que contiene:<br>las actividades clínicas, un puntaje de acuerdo a la complejidad y tiempo dedicado a la actividad, un factor de conversión entre los puntos y la unidad monetaria. | Las entidades administrativas pueden negociar por una estructura de pago que remunere todas las actividades clínicas. | Fomenta la prestación de atenciones innecesarias. | |
| **Retrospectivo por servicio** | Se contabilizan todas las actividades de los profesionales de acuerdo a un sistema de puntaje. El total de puntos se compara con los fondos disponibles y se determina el precio de cada actividad realizada en el período | Permite el control de costos e incrementa la productividad | Administrativamente complejo. El profesional no sabe exactamente cual será el pago a recibir | |

**Fuente:** ***Adaptado de comunicación personal con el Profesor Bradford Kirkman-Liff, 1993***

profesionales, especialmente al médico, se resumen en el cuadro 3 las definiciones de cada una, así como sus ventajas y desventajas.

El interés por la búsqueda de la eficiencia administrativa y el control de los costos crecientes ha sido el motor de las reformas de los servicios de salud en prácticamente todos los países, obviamente de acuerdo con sus condiciones propias de desarrollo social, económico y político. Por otro lado, se da un impulso hacia la responsabilidad del usuario para que busque servicios de la mayor calidad en cuanto a la satisfacción de su problema de salud y no sólo por la presencia de un mejor ambiente en el que se lleva a cabo la atención. En países como Costa Rica, donde la infraestructura pública de servicios de salud predomina sobre la privada y ante la voluntad expresa de modificar el papel del Estado, descargándolo de su rol productivo y reforzándolo en su papel concertador y organizador de acuerdo con los intereses sociales, se proponen nuevas formas de organización que permitan la utilización sinérgica de los recursos públicos y privados. Es así que, antes de discutir acerca de si las mejores opciones son estrictamente privadas o públicas, es necesario buscar fórmulas que combinen ambos esfuerzos mediante principios generales que garanticen la equidad y el acceso a los servicios y que, por otro lado, permitan aprovechar, mediante nuevas formas de contratación, los recursos humanos altamente capacitados, que se han formado por un largo período de tiempo y que en la actualidad laboran en un modelo de prestación con importantes deficiencias. Esta discusión se realiza a la vez en otros lugares, también bajo la óptica de la necesidad de poder contar con mejores servicios dentro de un contexto de costos en aumento. Es así como se han desarrollado los conceptos de competencia pública y el de mercado interno. La primera idea proviene de la reorganización de los servicios de Suecia, basada en un proceso de descentralización a nivel local. El segundo concepto se desarrolla a mediados del decenio de los años ochenta en el Reino Unido, fundamentándose en la regionalización y el fortalecimiento del distrito de salud dentro de un mercado de prestadores, tanto públicos como privados, como parte de un mercado mixto. Ambas ideas apuntan hacia la utilización pública y privada de los servicios, fortaleciendo

la capacidad de compra pública por medio de los entes locales, regionales y centrales. Además, se centran en la capacidad de la competencia de prestadores que funcionan bajo principios de eficiencia con incentivos para captar más pacientes y resolver sus demandas de atención. Las principales características de la competencia pública son:

Propiedad y operación pública de las organizaciones prestatarias. Esta puede ser local, regional o central, con un grado variable de independencia para la escogencia de los administradores y directivos de los establecimientos. Se da un respaldo y una garantía pública a la inversión de capital.

El paciente escoge el lugar de la atención y el médico. El fin es fortalecer la relación médico paciente para promover la continuidad de tratamiento al primer nivel de atención. La escogencia en los niveles de mayor complejidad permite la competencia entre proveedores bajo las bases de calidad y de parámetros de atención.

Presupuestación flexible bajo criterios de reajuste periódico de acuerdo con el volumen de pacientes y la productividad. De esta forma, se reconfigura la presupuestación según la habilidad de los proveedores para atraer y resolver los problemas de atención de los usuarios.

En relación con las principales características de los mercados mixtos, éstos tienen como finalidad alcanzar una utilización de todos los recursos, públicos y privados, dentro y fuera de una región, bajo principios de mayor costo-efectividad. Se promueve el nivel regional como una unidad de decisión con la potestad de comprar servicios, tanto públicos como privados, para distintas categorías de la atención, así como el fomento de la oferta privada por medio de incentivos para su desarrollo. El punto central de este concepto se basa en la potestad del comprador de servicios para formular prioridades e incentivar al sector público y privado para lograr objetivos de atención a la salud previamente determinados. Si bien ambas ideas se desarrollan con la finalidad de controlar costos e incrementar la capacidad de escogencia del usuario, está sobre el tapete de discusión los alcances y las diferencias en incentivos de cada uno, así como las expectativas de cada modalidad (15). Para que la organización de la oferta pueda llegar a satisfacer las demandas de salud de la población, se requiere de métodos

que estimen, de la forma más precisa posible, las necesidades en salud a partir de la información sobre mortalidad, morbilidad e incapacidad. Estos métodos son provistos por la investigación en salud y en sistemas de salud. Además, pueden ofrecer opciones de cómo los servicios se pueden organizar para lograr el mejoramiento en la gestión de los recursos. La investigación en sistemas de salud tiene un vasto campo de acción que permite lograr estos objetivos a partir de proyectos realizados a nivel local, regional y central. El vínculo de la asignación de recursos con la investigación permite asegurar objetividad y criterios científicos. Es así como la investigación se incorpora a la gestión como medio para el logro de la equidad.

## Conclusiones

1- La demanda de servicios de salud tiene características diferentes a la demanda de otros bienes y servicios. Las particularidades hacen que el mercado de la salud requiera de una intervención estatal para su regulación, especialmente del financiamiento y en menor grado de la prestación.

2- La incertidumbre y el alto costo de los servicios de salud han hecho necesario la aparición de una “tercera parte” encargada de compartir el riesgo; esto mediante el pago de primas a seguros públicos y/o privados.

3- En el proceso de reforma del sistema de salud es posible encontrar fórmulas de organización, que combinen la oferta privada y pública, pero redefiniendo el rol estatal hacia una participación más activa en la definición de prioridades, el diseño de incentivos y la regulación y el control.

4- Está disponible un conjunto de conocimientos teóricos y prácticos acerca de sistemas de salud que permiten proponer modificaciones a la gestión en los servicios de salud, ya sea como reformas globales o como intervenciones específicas.

# Bibliografía


1) **Committe on Choices in Health Care. Choices in Health Care. The Netherlands: Ministry of Walfare, 1992.**

2) **The American Health Predicament, Editorial. British Journal of Medicine 303:259-260; 1991.**

3) **Unidad Preparatoria del Proyecto de Reforma del Sector Salud. Propuesta de readecuación del modelo de atención. San José, Ministerio de Salud y Caja Costarrricense de Seguro Social:1993.**

4) **Mooney, G. Drummond, M. Essentials of Health Economics. British Journal of Medicine 285:949-950, 285:1024-1025, 285:1101-1102, 285:1191-1192, 285:1263-1264, 285:1329-1330, 285:1405-1406, 285:1485-1486, 285:1561-1562,285:1638-1639, 285:1727-1728; 1982, 286:40-41; 1983.**

5) **Milis, A. Health Economics for developing Countries: A Survival Kit. Londres, Evaluation and Planning Centre for Health Care London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1988.**

6) **Mooney, G. Choices for Health Care.London,Macmillan: 1980.**

7) **Drummond, M. Ibidem.**

8) **Green, A. Handouts on Health Economics. Leeds, Nuffiel Institute for Health:1985.**

9) **Sáenz, L. León, M. Gastos en servicios de salud privados en Costa Rica durante 1987-1988. Acta Médica Costarricense 35:1, 1992**

10) **Health Care. A spread sickness. The Economist, July 6,1991.**

11) **Pennsylvania Health Care Cost Containment Council. Hospital Effectivness Report. Pennsylvania, Harrisburg:1990.**

12) **Dardanoni, V. Wagstaff, A. Uncertanty and the Demand for Medical Care, Discussion paper 28..York, Centre for Health Economics, sin año.**

13) **Tollman, S. Shopper, D. Torres, A. Health Maintenance organization in developing countries: whay can we expect? Health Policy and Planning; 5(2): 149-160;1990.**

14) **Saltman, RB. von Otter, C. Planned markets and public competition. Buckingham, Open University Pres:1992.**

15) **Saltman, RB. von Otter, C. Public competition versus mixed markets: an analytical comparison. Health Policy, 11 (1989) 43-45.**

# La atención médica en la Caja Costarricense de Seguro Social: Un enfoque gerencial

Dr. Eduardo Sánchez Jovel

# Problemática

Desde la iniciación institucional, la Consulta Externa se ha perfilado como un servicio fundamental que ha venido a sustituir, de manera progresiva, la atención individualizada y personal del médico de cabecera. Pese a este radical cambio de conducta, lo cierto es que durante sus primeros cincuenta años de exitencia, la Seguridad Social costarricense ha funcionado adecuadamente en su enfoque de Consulta Externa institucional: ante una limitante operativa, progresivamente agravada al disponer sólo de un número reducido de profesionales de la Medicina, se optó por la creación de múltiples unidades de Consulta Externa, organizadas bajo la forma de nuestras clínicas periféricas. Este fenómeno, que tuvo su más claro desarrollo en el área de la Meseta Central, pronto debió extenderse también al área rural del territorio costarricense. En general, todas ellas fueron programadas para la atención de diez a quince mil habitantes. Esta definición, de hecho, acercó los servicios médicos a la población, quien los ha recibido en principio con gran aceptación y beneplácito. La Caja logró, de esta manera, una distribución más racional de estos profesionales por área y por regiones. El proceso se consolidó con firmeza en el transcurso de la década del sesenta. Sin embargo, esta brillante experiencia institucional debió arrastrar, desde sus inicios, un pecado original imposible de purgar hasta nuestra fecha, y que ha sido la aguda polémica planteada en términos filosóficos en lo tocante a la significancia diferencial entre el médico de cabecera tradicional y el médico de consulta externa institucional.

Si la relación médico paciente es uno de los principales elementos en la garantía de éxito del proceso salud enfermedad; y si la posibilidad de que el paciente elija a su médico es cada vez más distante en nuestro actual modelo, ocurre que tenemos aquí la génesis de la mayor parte de los problemas consignados a nuesta actual Consulta Externa:

**Libre demanda de atención:** Con bastante rapidez, a partir del inicio de los servicios de consulta externa, pudo detectarse que la relación oferta y demanda sería sobregirada sin ninguna racionalidad, dado el enorme número de consultas por padecimientos banales, dependencia psíquica del sistema, policonsultantes y viciosos de las incapacidades.

**Planificación desatentida:** Pese a que los estudios de planificación, en su gran mayoría, establecen los parámetros y alternativas precisas para un crecimiento armónico de los servicios, tales estudios han sido desatendidos con mucha frecuencia, lo que da como resultado una asfixiante situación actual en cuanto a la explosión demográfica de los centros urbanos y la asignación de recursos humanos y materiales.

**Desacreditación del Médico General:** En consonancia con el proceso de desarrollo acelerado que se dio en nuestro país, impulsando al médico general hacia una especialización enmarcada dentro de los preceptos académicos, en extremo biologísticos, de la Escuela de Louisiana (década de los sesentas), el médico general empezó a deslizarse por una pendiente de pérdida de credibilidad ante su propio patrono, ante la comunidad, y lo que es peor, ante sí mismo. Dentro de este orden de cosas, el médico general, pasó a ser un circunstancial despachador de recetas, documentos de diagnóstico auxiliar, trámite administrativo y de referencia a los médicos especialistas. El avance de este proceso, sin que pudiese ser reorientado, determinó finalmente que, al perder la magnífica opción de referencia y contrarreferencia con su colega especializado del hospital de adscripción, su quehacer profesional fuese cada vez más desteñido. Agravado el problema por la burocratización institucional en cuanto a su desempeño, y muy particularmente en cuanto a lo que esto ha significado en su relación directa con el paciente, encontramos la sumatoria final de un gran fracaso: impersonalidad, deshumanización, ineficiencia y costo elevado.

Paralelamente a los problemas de la Consulta Externa, otro fenómeno empezó a darse en los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social: la excelencia profesional de sus especialistas fue un objetivo que se fijó, y que ha merecido una preocupación superlativa de parte de las autoridades como de los funcionarios. Los resultados en este sentido han llenado de orgullo a la Seguridad Social costarricense y al cuerpo médico nacional. Conocimiento, habilidad, destreza, enseñanza, aprendizaje e investigación al más alto nivel, han sido los credenciales de respaldo institucional en el logro de una situación de salud para la población costarricense. Siete mil camas en veintinueve centros de salud conforman una oferta

adecuada a la demanda existente.

Sin embargo, a partir del año 1975, varios elementos conspiran contra la eficiencia hospitalaria de una manera progresivamente creciente, de forma que muy pronto se perfilan las figuras de amenaza contra la solidez hospitalaria nacional:

a. Centralismo administrativo.
b. Inadecuada capacidad de resolución
c. Orfandad gerencial.

El centralismo administrativo, válido para la primera etapa de desarrollo hospitalario nacional, que incluye el moderno primer quinquenio del traspaso de todos los hospitales a la Caja Costarricense de Seguro Social, enfrenta a las direcciones, administraciones y jefaturas de servicio ante un relevo de su responsabilidad de gestión hacia sus diferentes áreas de servicio: las decisiones se toman fuera del centro de trabajo a los más altos niveles de jerarquía, con lo cual se quebranta el principio de autoridad y se desautoriza la cadena de mando, vital en ese momento, para la organización hospitalaria.

De hecho la toma de decisiones sufre una grave disminución en todos los niveles y en todas las áreas. Probablemente, la necesidad de avanzar en forma rápida hacia el logro de etapas políticas obligaba a incurrir en la toma de decisiones de carácter directo, circunstancia que marginaba progresivamente a la autoridad natural de su significado y su rol.

La pérdida de esta potestad local llevaría a las jefaturas a un estado de pasividad cuya resultante más gravosa sería la pérdida de la capacidad de resolución para clínicas y hospitales nacionales.

El impacto se ha dado en dos grandes áreas: recursos humanos y recursos materiales. Este problemas afectaría la capacidad instalada, en especial, de los hospitales regionales, de área y periféricos. La carencia del recurso humano calificado, particularmente en las especialidades médicas, ha determinado que los niveles de atención no hayan podido resolver la atención médica con la eficacia y eficiencia debida. Los recursos materiales, en especial área física y equipos, perdieron una

carrera en el tiempo de más de diez años. Ahora no sólo los hospitales rurales se ven afectados por este problema, sino que la crisis agobia a los hospitales nacionales.

Procedimientos médicos, análisis y tratamientos de cierta complejidad ya no pueden realizarse en hospitales fuera de San José, sino que estos casos serán referidos a hospitales nacionales, con lo cual tenemos el problema de la plétora en los mismos, sobre la base de referencias periféricas, obligadas por la falta de capacidad instalada en los centros hospitalarios regionales, de área y periféricos. Esto desembocaría, naturalmente, en un binomio desbalanceado entre oferta y demanda de atención médica: habíamos sembrado el germen del llamado "biombo" hospitalario. La pérdida vertiginosa de valores ciudadanos, morales y profesionales, han concurrido para entronizar uno de los atavismos más horrendos en la relación médico paciente.

La orfandad gerencial surge como resultado natural de la desatención por la formación y el desempeño de figuras con solvencia administrativa al frente de sus respectivas áreas. El proceso de capacitación para este fin fue omiso; y si bien es cierto que los presupuestos asignados a los distintos centros han sido progresivamente crecientes, también lo es que el centralismo ha asfixiado toda posibilidad de imaginación, creatividad o gestión.

Nuestro Director o Jefe de Servicio tradicional, por las mismas razones, tampoco ha podido direccionar elementos claves de su quehacer en cuanto a la producción, rendimiento, recursos y mucho menos costos. La desorientación en estas áreas le han terminado de arrebatar la posibilidad de comparecer, ante los usuarios, con los principios de eficiencia, eficacia, equidad y calidad. Sin rumbo en el área administrativa, tampoco ha sido posible corregir las desviaciones en la directriz fundamental respecto de la atención médica de la Seguridad Social, que pretende garantizar universalidad e igualdad. Nada tiene que ver esto con la excelencia en la formación académica de los profesionales, técnica y administrativa. Ello está fuera de toda duda y no admite discusión.

No obstante, sin rumbo y con escaso liderazgo, el terreno hospitalario ha sido propicio para el surgimiento de núcleos, grupos y feudos de poder que atienden predominantemente

su interés personal en perjucio del interés colectivo de los usuarios.

## Alternativa gerencial para una solución integral en los problemas de atención de la salud

Sin pretender agotar el tema, creemos que la problemática planteada anteriormente tiene una alternativa de solución viable, la cual se ha visualizado y puesto en marcha, con atención a los siguientes preceptos:

**1. Descentralización:** Teoría y prurito aparte, lo cierto del caso es que la Caja Costarricense de Seguro Social oficializó, para el cuatrienio 90-94, el principio de la descentralización como una de sus políticas más promisorias y enérgicas. Y si bien no se ha logrado el ajuste legal deseable para la implementación en plenitud de acciones concretas para una descentralización legítimamente pura, ocurre que operativamente hemos logrado avances muy significativos, al amparo del ejercicio de la actual Ley de Administración Pública, Reglamento de la Contratación Administrativa, Convenio C.C.S.S.-Ministerio de Salud, y muy especialmente, de la actitud y el respaldo de la Junta Directiva que, en todo momento, ha pretendido un reencuentro de la Institución con su objetivo fundamental en cuanto concierne a la prestación de los servicios de salud y de frente al usuario. En las actuales circunstancias legales, y hasta donde ello ha sido posible, se ha transferido a las diferentes regiones de salud y a los seis centros hospitalarios nacionales, elementos concretos de autoridad, competencias y recursos.

Tales aportes han empezado a generar el desarrollo de procedimientos ágiles, prontos, eficaces y en consonancia con los requerimientos de los usuarios. De hecho, la proximidad de la autoridad, competencia y recurso al interesado, están facilitando los elementos para una atención más directa y personalizada de parte de los funcionarios de la Institución. Una de las resultantes más constructivas, hasta el momento, es la mejoría sustancial

de las relaciones entre la Institución, sus funcionarios y el usuario.

Dentro de este contexto, uno de los elementos más importantes en cuanto a la descentralización administrativa, es la participación de la comunidad. Ello debe tener un espacio asegurado en el proceso administrativo, particularmente en las áreas de planificación, control y evaluación de las acciones de Salud. Comités de salud, asociaciones y federaciones de salud, asociaciones de desarrollo, cooperativas y SILOS, conforman las instancias organizadas de la comunidad en términos de participación en el proceso. Además, significativamente en el transcurso de los últimos tres años, hemos asistido a la participación cada vez más promisoria de las municipalidades. Precisamente, este es el punto en que asistimos a la democratización de la salud, mediante la participación de la comunidad y el financiamiento de los Sistemas Locales de Salud.

El proceso de la descentralización apenas empieza; sin embargo, sus beneficios son inobjetables y constituyen un aliciente verdadero para funcionarios y usuarios. Concordamos en que el proceso requiere adecuaciones legales, condiciones adecuadas, normas claras e inequívocas que fijen la transferencia de autoridad, competencia y recursos. La Reforma del Sector Salud pretende y plantea elementos claros de referencia acerca de cada uno de los temas. Entre tanto esto se define, resulta muy evidente que la descentralización, en el ámbito institucional de la Seguridad Social, es una etapa históricamente definida; a la vez, una de las opciones más claras para poder reorientar la misión de la Caja Costarricense de Seguro Social de frente a su responsabilidad en la atención de la salud. El objetivo fundamental es acercar la toma de las decisiones al ámbito, Sistema Local de Salud, donde se dan las necesidades y donde habrá de generarse el intento de solución. Se posibilita de esta forma la participación de los actores locales, convirtiendo a la comunidad en sujeto de un proceso de autocuidado de la salud. La responsabilidad institucional es muy amplia en esta materia, por cuanto sus acciones se dirigen ahora, no solo al individuo, sino también a la sociedad, considerando la suma de factores y aspectos condicionantes de la salud, y direccionado las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación.

**2. Capacidad de resolución:** En todas las áreas y en todos los tiempos, la capacidad de resolución es directamente proporcional a la capacidad instalada. Fundamentalmente gravitan dos factores: recursos materiales y recursos humanos.

Como quedó dicho en páginas anteriores, los niveles operativos de atención no han podido estar a la altura de los requerimientos por insuficiente previsión de los mismos, lo cual ha perjudicado la capacidad de resolución de toda la red hospitalaria nacional: casos de mediana y baja complejidad han debido ser referidos a los hospitales nacionales, ocasionando en estos últimos la plétora de casos, que en un 50% debieron resolverse en la periferia. El asunto es grave y sus alternativas de solución se han trabajado de la siguiente manera:

**a) Recursos Humanos:** En 1974 se creó el Centro de Docencia e Investigación en Salud y Seguridad Social y se le fijó, como objetivo principal, el de coadyuvar en la formación y preparación del recurso humano necesario para que la Caja Costarricense de Seguro Social pudiese cumplir su cometido en las áreas profesional, técnica y administrativa.

Esta nueva intención no pudo ser adecuadamente direccionada y ocurrió que muy pronto asistimos a un cuadro muy singular: la Caja Costarricense de Seguro Social aportaba sus espacios clínicos, materiales, equipos, salarios, ayudas, becas y áreas físicas para la formación del recurso humano necesario. Sin embargo, al concluir la formación, el profesional, en una gran mayoría de casos, aducía no tener absolutamente ningún compromiso con la Institución. Esta lamentable situación, prevalente durante muchos años, llegó a su final en el año 1990, cuando la Gerencia de División Médica, en asocio de la Dirección del Centro de Desarrollo Estratégico en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), coordinó con la Universidad de Costa Rica los aspectos pertinentes; de manera que las especialidades médicas se formen de acuerdo con un dignóstico de situación de necesidad del recurso por región de salud del país. De esta forma, al concluir su especialidad, el médico está consciente de su compromiso laboral con la Institución y es conocedor del centro hospitalario donde deberá prestar sus servicios por un mínimo de tres años.

Así las cosas, para febrero de 1994 tendremos los primeros especialistas que se destacarán en hospitales regionales,

periféricos y de área y también nacionales, pero ahora sobre la base de un diagnóstico de necesidad profesional, técnicamente elaborado.

Similar situación ocurre con la preparación de las tecnologías y del recurso administrativo.

Este enfoque estratégico para la debida atención de las necesidades del recurso humano, mediante la descentralización, ha permitido alcanzar objetivos y metas que parecían una quimera: auxiliares de enfermería y enfermeras profesionales se forman actualmente en todas las regiones del país. Otras tecnologías también se han beneficiado con el proceso de descentralización de la docencia; de igual forma que los administradores, a su vez, se han preocupado enormemente por progresar en todos los lugares del país.

No tenemos ninguna duda de que mediante esta estrategia de atención a los requerimientos de recurso humano indispensables para una buena atención de la salud, por niveles, la Institución logrará adecuar, a mediano plazo, la circunstancia de oferta y demanda de servicios.

De hecho, la gestión más importante del CENDEISSS en los últimos tres años ha sido el reencuentro con su misión fundamental: asegurarle a la Caja Costarricense de Seguro Social el recurso profesional, técnico y administrativo para la atención de la Salud cada vez más humana, individualizada y de calidad.

**b) Recursos Materiales:** Equipo médico y área física son dos de las áreas necesarias para sostener una capacidad instalada en condiciones de asistir a la demanda de servicio especialmente en área rural.

Las limitaciones de una legislación y burocracia anacrónicas han dificultado en intento para emparejar diez años de desfase en la reposición del equipo y de las áreas físicas. El esfuerzo en este campo se ha orientado de manera sistemática; y pensamos que la adecuación se dará en el mediano plazo.

En este campo, el hecho más relevante será la responsabilidad que a futuro tienen las autoridades locales para que la equiparación tecnológica no vuelva a quedar tan demorada en el proceso de reposición, muy particularmente en la periferia. En este aspecto, mucha responsabilidad se ha fortalecido en el

área del mantenimiento preventivo en clínicas y hospitales. De igual forma, se trabaja intensamente en el Programa de Ahorro Energético, de manera que ambas conductas puedan colaborar en la racionalidad administrativa de los recursos materiales. Ahorros importantes logrados en este campo, bien pueden ser reversados a la compra de equipos necesarios a nivel local.

Quizá la tesis más difícil de llevar adelante por parte de los servicios médicos, sea la que aún se mantiene en negociación a nivel central de la Institución, y que pretende una política clara en términos de que el capital de depreciación de los equipos y de las áreas físicas pueda ser reinvertido automáticamente a nivel de los respectivos centros de trabajo de la Caja. Hasta la fecha, este es sólo un capital cautivo, desviado de su objetivo fundamental. Podremos contar con el recurso humano requerido; pero sin el equipamiento necesario tampoco tendremos capacidad instalada para una integral atención de la salud.

El pensamiento es válido también en cuanto se refiere al aprovisionamiento de materiales, implementos y suministros que requieren las unidades de todo el país. También la estrategia del éxito en este campo es la descentralización y el justo a tiempo.

**c) Readecuación del modelo de atención médica:** Con frecuencia se indica que el modelo médico de atención costarricense está agotado. En justicia, esta premisa no es esencialmente justa, y lo que procede es más bien proveer a una readecuación de este modelo médico. Las bases biomédicas actuales son muy buenas, y las áreas clínicas son satisfactorias. La orientación de firmeza científica en todos los campos de su formación, constituyen uno de sus mejores créditos. No obstante, el enfoque en exceso academicista, unido a la formación predominantemente biologista, han hecho perder a nuestro médico la dimensión biosicosocial de su cometido.

Requerimos, por tanto, una readecuación funcional y estructural en la prestación de los servicios de salud costarricense: atención ambulatoria integral, total, continua, equitativa y humana de los individuos, la familia y la comunidad. Todos ellos conceptualizados en su contexto

socioeconómico y cultural.

Estos servicios requieren, para su implementación, del tratamiento analítico de los factores de riesgo social y la implicación de los mismos sobre la población, que hacen al individuo vulnerable y obstaculizan la conservación de la salud.

De hecho, la readecuación del modelo de atención se ha perfilado como un Modelo de Atención Ambulatoria caracterizado por un enfoque biosicosocial del proceso salud-enfermedad. Recordemos que tradicionalmente nuestra Seguridad Social se ha encargado de tratar la *"enfermedad"* en términos biologistas puros. La realidad actual nos obliga a reorientar nuestras acciones, a fin de abrir el espacio para la nueva concepción del tratamiento de la salud.

Ello en sus disciplinas y acciones ordenadas a la promoción, prevención, detección precoz de la enfermedad y su curación, rehabilitación, investigación y docencia.

Para la Caja Costarricense de Seguro Social está muy claro que esta readecuación de modelo será posible a través de la implementación del Programa de Medicina Familiar y Comunitaria. La Institución adoptó este Programa como uno de los pilares firmes, con capacidad para hacerse frente a varios retos en pos de una atención humanizada, individual y de calidad total:

a. Mejoría de la relación médico-paciente.

b. Aumento del grado de satisfacción del paciente con la atención médica y con las demás acciones en la promoción y prevención de la Salud.

c. Participación de la comunidad organizada en la determinación de un sistema de planificación y administración de los servicios de salud elaborados sobre la estimación racional de necesidades.

d. Disminución sustancial del enfoque medicalizado de las comunidades, sustituyéndolo por el refuerzo de la relación médico-paciente, que es la mejor estrategia terapeútica. (Estimaciones de expertos concluyen que un 40% de los pacientes de Consulta Externa no ameritan receta de medicamentos).

e. Esta capacidad de resolución aumentada, redundará en una clara disminución del número de referencias a otros

niveles de complejidad, a la vez que un uso más racional del recurso a nivel local.

f. Mayores incentivos para el equipo interdisciplinario, en términos económicos y en términos de satisfacción personal profesional con elementos de autoestima y reconocimiento social y académico.

Todos los aspectos anteriores nos llevan a perfilar la readecuación de nuestro modelo de atención en términos de un ideal que tenga aptitud preventiva, diagnóstica y de tratamiento de la enfermedad y también de rehabilitación, considerando a la familia como la unidad clinicoepidemiológica y social.

El proceso mencionado está en marcha y, a la fecha, los resultados preliminares son muy satisfactorios para el equipo de salud, para el usuario y para el país.

**3. Desarrollo Gerencial:** En el transcurso de los últimos cinco años hemos visto cómo el esfuerzo de la Institución por encauzar un nuevo pensamiento administrativo ha venido paulatinamente a motivar a distintos funcionarios de distintos niveles para que la renovación de las diversas áreas del conocimiento también puedan efectuar su cobertura de modernización, en el campo de la gerencia.

Recordemos que el precepto clásico de la gerencia, y primero por excelencia, ha sido la división y la especialización del trabajo en atención de los objetivos de la organización. Generalmente, las tareas han sido precisadas sin tomar en cuenta las características de aquellas personas que las desempeñarán. El resultado ha sido que la capacidad y habilidad de los funcionarios no son plenamente utilizadas. Las rutinas de trabajo incubadas en este ambiente han sido sinónimo de insatisfacción profesional, baja productividad y pésima calidad.

Entendiendo esta situación, hemos visto cómo la Institución progresivamente marcha a la conformación de un nuevo concepto de la gerencia con el respaldo de dos herramientas sustantivas: el "liderazgo", formulado mediante tesis de trabajo relacionadas con la persuación, concertación, negociación y cooperación; y el "desempeño", con base en las regulaciones internas, reglamentos, normas e instructivos, los cuales indican al gerente "lo que debe hacerse" en la organización. Poco a poco, ambas herramientas de

trabajo van surtiendo su efecto; y mucho más, en la medida en que el líder puede ir flexibilizando la rigidez de una estructura demasiado formal.

De esta manera, cada gerente o líder, promoverá autonomía de su unidad; y dentro de ella, mayor libertad de sus niveles, eliminando grandes unidades de control burocrático. Al puntualizar objetivos, de manera natural fortalecerá el trabajo en equipos y dimensionará el valor de la interdisciplinaridad.

Asistimos progresivamente también, dentro de este nuevo orden de cosas, a un proceso muy intenso de interdependencia y coordinación entre las partes, logrado sobre la base de un amplio sistema de comunicación. Aquí, las diversas tecnologías electrónicas aportan su avance para que la coordinación entre las parte sustituya en gran medida a la rigidez de la estructura formal, como a las intervenciones burocráticas de los centros intermedios.

Como una de las incorporaciones sustantivas más importantes, en los veintinueve centros hospitalarios nacionales figura el Sistema de Información Gerencial (S.I.G.), que proporciona a cada director, jefe de sección o jefe de servicio, una información confiable, oportuna y veraz acerca de su propia producción, rendimiento, recursos y costos. La introducción de esta herramienta de trabajo, que inició como un objetivo de alcance a largo plazo, ha quemado algunas etapas en el proceso de avance de la concientización en todos los niveles, para convertirse en un instrumento vital para la planeación, dirección, organización, control y evaluación del proceso administrativo. Poco a poco, mediante un programa continuo de capacitación, la gerencia moderna de clínicas y hospitales, va comprendiendo que el P.R.R.C. nos brinda a todos un "control" descentralizado, reducido al mínimo indispensable, en capacidad de direccionar gerencialmente aquellos resultados colectivos y sectoriales, y no tanto procedimentales. El S.I.G. nos garantiza el llamado control de los valores críticos, vale decir de aquellos elementos relacionados de manera indispensable para asegurara la prestación de un servicio, de salud en nuestro caso.

Ha sido difícil hacer entender a nuestas jefaturas de clínicas y hospitales que el atento monitoreo de los valores de producción, rendimiento, recursos y costos constituye la

máxima garantía de integridad del Sistema, a la vez que la carta periférica de crédito para la máxima flexibilidad en términos de descentralización. De hecho, el Sistema de Información Gerencial (S.I.G.) ha constituido la herramienta más importante para que absolutamente todas las unidades médicas de país hayan podido plantear una apertura programática, definiendo un presupuesto por programas por primera vez en la historia de la Institución. Para el año 1994 los programas de Atención Integral al Niño, Atención Integral al Adolescente, Atención Integral a la Mujer, Atención Integral al Trabajador, Atención Integral a la Tercera Edad y Atención Integral a la Salud Mental, han podido ser definidos en su enfoque preventivo, curativo, de rehabilitación, investigación y docencia; todos, de una manera que mediante grupos de trabajo, objetivos y metas muy claras, puedan asistir a la necesidades en salud del ciudadano, de la familia y la comunidad. Clasificaríamos a esta metodología de trabajo como el avance más importante de la Caja Costarricense de Seguro Social en el área de prestación de los servicios de salud.

De todas formas, y como quiera que sea, la adecuación de la capacidad instalada, la descentralización y el desarrollo de la capacidad gerencial están en marcha, y ya no hay posibilidad de marcha atrás en todos estos procesos. Ellos constituyen la garantía de la modernización institucional y son la base de seguridad para una mejor prestación de servicios de salud con eficiencia, eficacia, equidad, individualidad y humanidad. Todo ello para asistir con éxito a la Calidad Total que la Seguridad Social costarricense se ha impuesto como una meta obligada en beneficio de sus derechohabientes.

# El recurso humano en la Caja Costarricense de Seguro Social

Dr. Mario Pacheco Mena

# El recurso humano en la Caja Costarricense de Seguro Social

No cabe duda de que la salud es un proceso socialmente determinado y cuyas manifestaciones se expresan de diversa índole, tanto en el individuo como en la sociedad misma. Esto se relaciona con la evolución que ha tenido el concepto de la atención a la salud, al pasar de ser ésta un proceso puramente biológico a uno social, con un trasfondo integral del individuo.

El Dr. Elías Jiménez Fonseca, Presidente Ejecutivo de la C.C.S.S., me ha pedido escribir un capítulo en este libro, correspondiente a los recursos humanos. He considerado importante enfatizar en el papel que han jugado los recursos humanos de esta Institución a lo largo de su historia y, ahora, como protagonistas de una planificación coherente con nuestro desarrollo y con nuestras necesidades y recursos.

Nuestro país se ha preocupado de que el desarrollo de los recursos humanos se lleve adelante dentro de un claro marco jurídico político y social, el cual ha sido respuesta a las diferentes etapas históricas en que se ha desarrollado nuestra institución. Sin embargo, se debe hacer un análisis de cuatro etapas históricas: la primera, del año 1800 al año 1900, la segunda, del año 1900 a 1960, en la que resalta la Primera Guerra Mundial, la creación de la C.C.S.S. y la creación del Ministerio de Salubridad Pública y Seguridad Social; la tercera, de 1960 a 1980, y la cuarta de 1980 hasta el presente.

Costa Rica recuerda acontecimientos epidemiológicos de gran importancia acaecidos entre los años 1806 y 1852, cuando las epidemias de viruela hicieron estragos. El desarrollo de la medicina era muy bajo y el avance científico muy limitado. La lepra, cuyo origen según la creencia, era hereditario, también hacía estragos y se había extendido en la provincia de Cartago; esta enfermedad, por otro lado, generaba una interacción difícil entre ambiente, organismo y sociedad (13).

En esas condiciones nos encontró la Independencia en 1821, pero ya en 1845, con una población cercana a los 94.000 habitantes, se fundó el primer hospital, llamado Hospital Nacional, hoy Hospital San Juan de Dios. Este centro, tuvo que cerrar sus puertas en 1860, debido a los ingentes problemas económicos que le acarreó la gran cantidad de pacientes

producidos por la guerra de 1856, la cual fue acompañada por una fatal epidemia de cólera (7).

La época comprendida entre 1900 y 1960 tuvo grandes acontecimientos de trascendencia nacional, entre los que destacan la Primera y la Segunda Guerra Mundial y la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En el año 1927 se creó el Ministerio de Salubridad Pública y Seguridad Social con carácter de Secretaría de Estado, que tuvo a cargo hospitales, lasaretos, hospicios, la Maternidad y las organizaciones protectoras de la infancia, así como el control de algunas enfermedades propias de la época, como fueron la tuberculosis, enfermedades venéreas, malaria y parasitosis (8).

En el año 1940 nace el actual Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y, en 1941, a pesar de los problemas económicos originados por la Primera Guerra Mundial, se crea la C.C.S.S. Ya para el año 1944, esta institución contaba con 25.710 asegurados directos (asalariados).

En 1956 la C.C.S.S. introdujo la cobertura familiar en su Reglamento de Enfermedad y Maternidad. Dicha cobertura ya ascendía a 81.348 habitantes, mientras la población alcanzaba el millón de habitantes.

Hay que destacar que en 1953, con la Fundación de la Escuela de Enfermería, bajo la Dirección del Ministerio de Salud, se formó personal auxiliar de enfermería, mediante cursos regulares de nueve meses. (Esto se extendió hasta 1979.)

En 1970, por una decisión política adoptada 10 años antes, se obligó a universalizar el régimen de enfermedad y maternidad, el cual se extendió a toda la población. En esta década se dio un crecimiento de la cobertura y, en 1973, se inició el traspaso de hospitales, de acuerdo con los programas de desarrollo de la C.C.S.S. Todo esto implicó un análisis más profundo respecto a la capacitación y distribución de los recursos humanos, que debían adaptarse a los criterios de regionalización y a los niveles de atención imperantes.

Por su parte, entre 1970 y 1980, la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica graduó a 926 estudiantes y la C.C.S.S. aumentó el número total de funcionarios a 14.908; a la vez, se duplicó la cantidad de asegurados directos y la población nacional llegó a los 2.284.495 habitantes (1).

Para esta misma época, las tasas de natalidad y mortalidad

y los índices de salud, hicieron de Costa Rica uno de los países latinoamericanos más avanzados en el campo de la salud y se observó un crecimiento vertiginoso de la institución, que elevó el número de sus funcionarios, de 16.519 en 1978, a 22.782 en 1982, o sea, un incremento de 88% y la población nacional a su vez aumentó en 13%. Este incremento en el recurso humano de la Caja, al parecer se debió a la ampliación de medidas tendientes a absorber el desempleo, a expensas del presupuesto del régimen de enfermedad y maternidad (11).

La universalización de la Seguridad Social decretada en 1960 y puesta en marcha en el decenio de 1970, creó una gran preocupación en los funcionarios de aquellas épocas, ya que la institución no estaba preparada en forma adecuada para formar y capacitar los recursos humanos que pudieran soportar el aumento tan importante de cobertura. Para entonces, únicamente existían algunos programas de relaciones humanas, de inducción y de adiestramiento de jefaturas, entre otras actividades (3). En 1972, se presenta un proyecto para la creación de un Centro de Capacitación para el personal de la C.C.S.S., como respuesta a la necesidad de coordinar las diferentes actividades de adiestramiento que se venían organizando y estimulando en forma un tanto dispersa. Es así como en 1972 el subgerente médico presenta a la Junta Directiva el Proyecto de Creación de un Centro de Docencia e Investigación, que facilitara las investigaciones académicas en el área médica, estuvieran o no ligadas a la Universidad de Costa Rica (6). El proyecto fue aprobado y, en 1974, se inauguró el edificio que albergó dicho Centro.

También, surge en 1974 el Proyecto de Creación del Departamento de Formación de Personal de la C.C.S.S, orientado a acciones de adiestramiento, capacitación y desarrollo en el área administrativa. En 1975 se aprueba dicho proyecto y se establece la Unidad de Formación y Adiestramiento, cuya sede son las instalaciones de la Unidad de Prestaciones Sociales (2).

Para 1975, el Centro de Docencia ya había iniciado sus acciones dirigidas principalmente al área médica y al área de enfermería; se elaboró un programa nacional para el adiestramiento de médicos especialistas, como propuesta institucional de solución a las necesidades crecientes de formación de esta clase de profesionales (4).

En 1978, habiéndose ya traspasado los hospitales nacionales a la C.C.S.S. y con 16.519 funcionarios, se sintió la necesidad de fortalecer la capacitación con un programa de inducción; cooperó, para desarrollar este programa, el Instituto Mexicano de Seguridad Social, mediante seminarios de motivación y dirección de recursos humanos, métodos de dirección para la solución de problemas y toma de decisiones. En este mismo año también se hace un análisis, el cual concluye con un estudio de la C.C.S.S. sobre su organización, estructura y relaciones internas, con el fin de proponer alternativas para su reestructuración en general que permitan lograr su actualización y alcanzar los objetivos institucionales en la mejor forma posible (9). Como conclusión a dicho estudio se anota que: a-) no ha existido una política, ni planes, ni programas globales y permanentes para el desarrollo de los recursos humanos de la institución y tampoco una conciencia generalizada sobre su importancia; b-) no existe personal de dedicación completa, para las funciones de docencia en los cursos; c-) debe desarrollarse una estrategia con los programas de adiestramiento en servicio; d-) la capacitación debe cubrir a los niveles de dirección, con el fin de que se mejoren los estilos tradicionales de mando, adquieran nuevas aptitudes y se pueda salir de la repetición de tareas ajenas al estudio técnico; e-) es preciso definir los sectores que han de ser objeto de adiestramiento en servicio y de capacitación fijando prioridades; f-) la Institución debe abocarse, en forma intensiva, a la preparación de los cuadros directivos y de jefaturas que demandará en el futuro. En esta época, se sintió la necesidad de crear un fondo de becas y auxilios reembolsables para cumplir con la necesidad de capacitar a los funcionarios con los requerimientos de calidad y extensión de los servicios médicos.

En el año 1977 se hizo un gran esfuerzo a pesar de las limitaciones presupuestarias, mediante el cual el Centro de Docencia e Investigación y la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, impartieron una serie de cursos para la formación y capacitación del personal médico y paramédico, y también para la capacitación de personal administrativo (5). Este esfuerzo, continuado hasta 1982, se caracterizó por la dispersión de las actividades y los cambios continuos de criterio respecto a lo que se debía hacer por la ausencia de un objetivo institucional, y por la grave crisis económica de los años 80.

En 1979 se tomó la trascendental decisión de incorporar el resto de las profesiones médicas a los programas del Centro de Docencia e Investigación, como Farmacia, Microbiología y Odontología. De esta manera se orientaron sus esfuerzos a la realización de estudios sobre las necesidades de especialistas en tales profesiones, y sobre sus necesidades educativas en general, a la ejecución de estudios de diagnóstico, y a la reglamentación de sus actividades.

Dentro de esta asociación de eventos, en los primeros meses de 1979, la Gerencia dispone la reducción de programas, en los cuales se incluye los de formación y adiestramiento para el área administrativa. Sin embargo, poco tiempo después, en diciembre del mismo año, la Junta Directiva aprueba la creación de la Dirección de Recursos Humanos, acción que forma parte del proceso de reforma administrativa introducido como política de gobierno en todo el sector público.

En el plan nacional de desarrollo para el período de gobierno de 1986-1990, se observa un interés y énfasis en la educación formal, y se considera fundamental impulsar el mejoramiento cualitativo integral del proceso de enseñanza-aprendizaje, que se vincula con los requerimientos de transformación de las estructuras del país. En este plan no se contemplan aspectos inherentes a la capacitación y formación del recurso humano de la administración pública, motivo por el cual la C.C.S.S. continúa con sus actividades en estos campos de manera independiente, preocupada como organización del recurso humano que la integra (10). Hasta 1982, la formación y capacitación, entonces, fue una labor llevada a cabo especialmente por dos dependencias: a. El Departamento de Desarrollo y Capacitación, adscrito, a la Dirección de Recursos Humanos, con una labor orientada al campo de la administración, aunque algunas acciones se desarrollaron para otras áreas de trabajo como Mantenimiento y Servicios Generales. b. El Centro de Docencia e Investigación, que atendió lo propio en el campo médico y paramédico, y cuyo objetivo fue promover, desarrollar, coordinar y asesorar las actividades de formación, capacitación, investigación e información para la educación de los recursos humanos en salud y seguridad social. El Centro debía, entonces, promover la formación y capacitación del personal del sector salud, para lograr su desarrollo integral, en concordancia con el nivel

ocupacional, con los avances tecnológicos y con los requerimientos de las políticas nacionales, a fin de mejorar la prestación de los servicios de la comunidad. Asimismo, debía coordinar las actividades docentes de las distintas instituciones educativas y organismos estatales para obtener la mayor productividad de los recursos empleados en la formación y capacitación del personal dentro del sector salud; finalmente, debía promover el intercambio científico y la cooperación técnica entre instituciones nacionales y extranjeras para el desarrollo de recursos humanos en el sector salud, a nivel nacional e internacional.

En resumen, puede apreciarse que la decisión de crear esta organización- el CENDEISSS- dentro de la estructura funcional de la C.C.S.S., tenía como propósito fundamental superar las debilidades anotadas en el pasado, en relación con los programas de formación y capacitación. La Institución no contaba hasta esa fecha con una estructura organizacional y funcional capaz de desarrollar las actividades de formación y capacitación para su recurso humano, con base en planes debidamente estructurados, ni con los recursos mínimos y el apoyo institucional para dar a sus acciones la mayor cobertura, dada la dispersión de los recursos de la C.C.S.S. -en el territorio nacional y cubrir dentro de una serie de prioridades las áreas o campos en que se evidencia con más profundidad la ausencia de estos programas. Apenas un año después de su creación, el CENDEISSS se dio a la tarea de conocer las necesidades inmediatas de formación y capacitación en la C.C.S.S., para lo que se efectuó el estudio exploratorio de necesidades de capacitación en los hospitales de Cartago, México, Puntarenas y San Carlos. Sin embargo, su ejecución no contó con el apoyo institucional adecuado, y, además, sólo se obtuvo el 50% de respuestas de la muestra seleccionada (12).

En respuesta a lo anterior, el CENDEISSS realizó otro estudio del mismo tipo para la determinación de necesidades de capacitación del personal de la C.C.S.S., que comprendió todos los grupos ocupacionales. En ese mismo tiempo -1975- la C.C.S.S. y la Universidad de Costa Rica ratificaron el convenio mediante el cual el CENDEISSS y el Sistema de Estudios de Posgrado asumen la responsabilidad administrativa y académica respectivamente de la formación de los residentes médicos.

Durante esa época, las necesidades de especialistas para

la Institución y el sector salud, superaban la oferta de graduados que aportaba el CENDEISSS, dada la dinámica institucional de extensión de cobertura a la población y de universalización de los sistemas de atención, acompañado del desarrollo de la infraestructura física en hospitales y clínicas.

El accionar del CENDEISSS no varió en forma sustancial en los próximos años y, en noviembre de 1987, en el Primer Seminario-Taller de Capacitación sobre el Sistema de Suministros para Funcionarios de Dirección Política y Técnica, se llamó la atención sobre la falta de apoyo a otros gremios de funcionarios de la Institución por parte del CEDEISSS; se hizo notar también que existían deficiencias en la cantidad y capacidad técnica de los recursos humanos relacionados con el conocimiento integral del proceso de suministros, y en su capacidad de identificar, analizar los problemas y aplicar las normas y procedimientos dentro del desarrollo de la Institución. También se concluyó que, en general, la capacitación que se desarrollaba en la Institución, era poco concordante con las necesidades técnicas y operativas propias de la organización, ya que en realidad no se habían definido las áreas prioritarias de capacitación.

Esta situación problemática de la organización llamada a formar y capacitar el recurso humano de la C.C.S.S., el CENDEISSS, se hizo cada vez más evidente, especialmente por las nuevas necesidades y las que se habían acumulado al no atenderse oportunamente.

En el año 1988, la Organización Panamericana de la Salud y las autoridades de la C.C.S.S., consideraron de mucha importancia hacer un alto en el camino y analizar la gestión del CENDEISSS en sus años de existencia y reorganizarlo para que pudiera responder mejor a las necesidades nacionales y también para apoyar el proyecto de la Organización Panamericana de la Salud, de impulsar un proyecto regional para el desarrollo de la capacidad gerencial de los servicios de salud de Centroamericana, Panamá y Belice.

Después de múltiples reuniones, seminarios, talleres y evaluaciones de determinadas áreas, se concluyó que el CENDEISSS adolecía de los siguientes problemas:

- Los recursos humanos y técnicos eran insuficientes. El presupuesto asignado cubría los gastos de operación, pero no

había disponibilidad de recursos para el desarrollo de la investigación.

- El Centro, por ser una dependencia de la Gerencia División Médica y no tener jurisdicción sobre otras esferas de la Institución, no contaba con poder de convocatoria.

- Las actividades de formación y capacitación se producían en forma asistemática e incoherente con las prioridades y políticas institucionales.

- El problema de Educación Permanente operaba bajo demanda y a menudo por presión de los gremios o consejos de cada disciplina.

- A pesar de los esfuerzos realizados, las actividades educativas tenían una tendencia esencialmente clínica y la investigación se concentraba exclusivamente en el nivel biomédico, descuidándose el ámbito psicosocial y administrativo-financiero.

- El enfoque predominante en la formación y capacitación, estaba dirigido a la asistencia médica, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación. No se había dado la debida atención a la administración de los servicios médicos, la economía de la salud y el desarrollo de la capacidad gerencial.

- El avance en el desarrollo del conocimiento y la aplicación de la filosofía y doctrina de la seguridad social, eran aspectos poco difundidos.

Ante este diagnóstico situacional, se imponía un cambio, por lo que integró un equipo de funcionarios del CENDEISSS y mediante la asesoría externa se elaboró un propuesta de reorganización que, en lo esencial, pretendía alcanzar los siguientes principios, orientados todos con un enfoque estratégico:

**a.** La capacidad del CENDEISSS para desarrollar acciones e iniciativas científico-técnicas de la Institución, que a su juicio

deben ejecutarse dentro de una programación interna y su correspondencia con las prioridades establecidas, todo en un marco de eficiencia, eficacia y equidad.

**b.** La capacidad para establecer prioridades en su propio trabajo, para identificar aquellos programas que producen impacto en los niveles de salud de la población, de tal manera que reciban todo el apoyo institucional requerido para su ejecución y de acuerdo con las políticas del sector.

**c.** El CENDEISSS, por sí mismo, o por medio de otras instituciones, debe generar y obtener información, analizarla, deseminarla y utilizarla en programas de educación e investigación. Asimismo, debe alimentar proyectos cuyos resultados sean propuestas que sirvan para orientar las políticas, estrategias y objetivos del sector.

Sin embargo, todos estos esfuerzos parecían no haber ocasionado el impacto esperado para satisfacer una demanda de capacitación, muy acelerada en los primeros años de la década del 80.

En el gráfico 1 podemos observar estas cifras comparativas para los quinquenios 76-81, 82-87 y 87-92.

**NUMERO DE FUNCIONARIOS Y PERSONAL CAPACITADO C.C.S.S. (1975 - 1992 )**

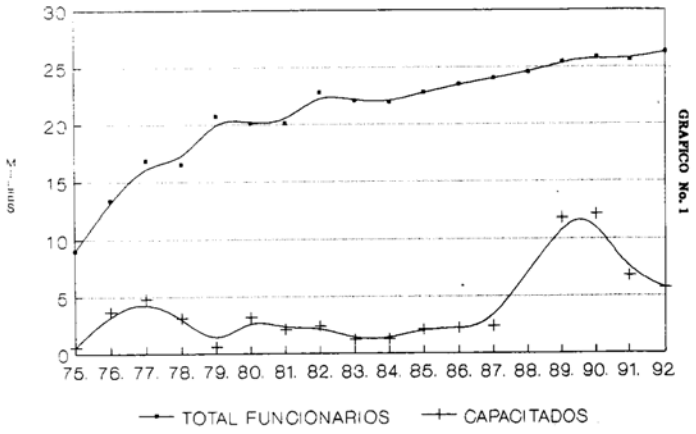
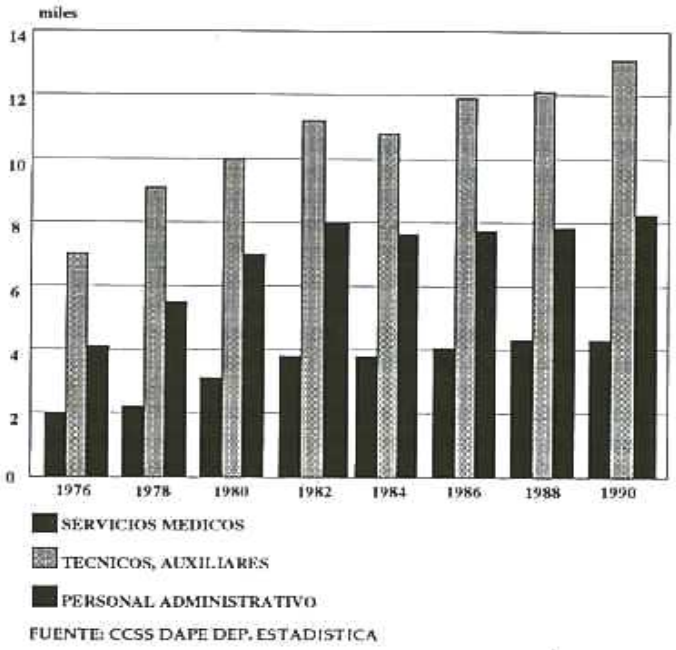



GRAFICO No. 1

FUENTE: CENDEISSS

**Gráfico 2.** Personal administrativo, técnico y servicios médicos, CCSS 1976-1990




FUENTE: CCSS DAPE DEP. ESTADISTICA

A lo largo de todo el proceso hay diferencias muy notorias. Así, por ejemplo, en 1979 cuando la institución contaba con 20.699 funcionarios (un aumento del 25% respecto a 1977) el número de funcionarios capacitados fue únicamente de 591. La razón de esto se sustenta en que el Programa de Capacitación Administrativa fue suspendido durante este año.

A pesar de que a partir de 1983 hasta 1988 los grupos ocupacionales aumentaron aproximadamente un 3% anual, el número de funcionarios capacitados se mantuvo casi constante para esos años. (Ver gráfico 2.)

Por muchos años el control estadístico de los programas y cursos de capacitación y formación no era totalmente confiable; esto se demuestra claramente por la dificultad para obtener estos datos.

Es en esta forma como en febrero de 1990 se establece el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), cuyo propósito fundamental es el de conducir y desarrollar el conocimiento, con un enfoque estratégico a nivel institucional y sectorial, que promueva la solución de problemas a los que se enfrenta la sociedad, tanto en salud como en seguridad social.

En estos momentos, el CENDEISSS ha realizado la fusión de los programas educativos bajo una misma dirección, ha contribuido a impulsar el proceso de integración de la C.C.S.S. con el Ministerio de Salud por medio del Programa de Educación Permanente, los Consejos Regionales de Educación Permanente (CREP) y los Consejos Locales de Educación Permantente (CLEP), y ha extendido su actividad a nivel sub-regional (Centroamérica y del Caribe) coordinando actividades de capacitación y de intercambio o asistencia de desarrollo e investigación. Además, está implementando toda una estrategia de capacitación y formación para el proceso de descentralización dirigida a todos los funcionarios de la institución, y cuyos resultados serán detectados estadísticamente en los próximos años.

Ejemplo de esto es el Programa de Medicina Familiar y Comunitaria que se ha visto como una alternativa para la atención primaria; la actualización de médicos generales mediante un programa de nivelación; la capacitación administrativa y financiera a todos los niveles, por medio del Programa de Capacitación Gerencial (PROCAGE), que prentende capacitar a todos los funcionarios de la Institución para administrar mejor su trabajo; la realización de un diagnóstico de necesidades de especialistas en la C.C.S.S. hasta el año 2000, con el fin de que el recurso humano formado responda a los requerimientos y evitar la desocupación y frustación, así como el mal aprovechamiento de los recursos disponibles para la formación de recursos humanos.

Con la nueva orientación, el CENDEISSS ha dejado de ser un centro de respuesta a demandas para convertirse en un centro de desarrollo estratégico, con una visión prospectiva tomando en cuenta el marco de tendencias en salud. Una nueva responsabilidad para el desarrollo de los recursos humanos con carácter estratégico le fue asignada, de tal manera que sus actividades responden a las políticas y objetivos de

la Institución en el sector salud.

Esto obliga al CENDEISSS a estar presente en la mayoría de los foros de discusión, donde se decide el futuro de la Institución y se reorientan las estrategias, por cuanto debe adaptarse a estas políticas y adelantarse a los acontecimientos en la formación y capacitación de los recursos humanos. Es en esta forma como el CENDEISSS se está adelantando a la desconcentración técnico-administrativa, a las innovaciones en modelos de atención, al énfasis en la atención primaria y la articulación de las necesidades cualicuantitativas de los recursos humanos y a las acciones para satisfacer estas necesidades.

Para 1992, el CENDEISSS cuenta con 40 programas de formación de especialistas médicos, cuyo sistema de admisión se hace con base en las necesidades regionales y sus perfiles ocupacionales, tomando en cuenta la capacidad institucional para contratar este recurso y adquirir el espacio físico, la tecnología y los recursos humanos de apoyo para el desempeño óptimo de sus funciones. Más de 150 médicos de otros países hermanos, están haciendo su residencia para especialidades médicas en nuestro país, en apoyo a las instituciones que los becan y en las mismas condiciones docente-administrativas de los nacionales.

La planificación estratégica de los recursos humanos debe ser entendida como un proceso, en el sentido de que las decisiones que se toman hoy están sujetas a cambios en el corto, mediano y largo plazo, dependiendo del comportamiento de las variables que inciden en estas determinaciones.

Son muchos los factores que de una u otra forma determinan que los esfuerzos, no sólo de la Institución sino del sector, deben ser mayores.

En algunas zonas geográficas, el nivel de cobertura es insuficiente; existe una alta concentración de recursos en las áreas centrales y en los niveles de atención más especializados. En el origen de estas diferencias intervienen elementos relacionados con incentivos laborales, tales como salarios, estabilidad laboral o disponibilidad de suministros, así como condiciones de índole social, educativa y económica, que hacen que las zonas más alejadas del país no ofrezcan las posibilidades de superación personal y profesional atractivas para los funcionarios.

Todo esto implica un reto, no solo para el CENDEISSS sino para la Seguridad Social misma, con una racionalización del gasto y un aumento en la capacidad de sus funcionarios para desempeñar sus labores de acuerdo con las necesidades institucionales y del país.

La C.C.S.S., históricamente, ha destinado partidas importantes de sus recursos para la formación y capacitación de sus funcionarios. Esto por cuanto hay conciencia clara en los distintos ámbitos administrativos de la Institución de que, si no se capacita, no se puede proceder a un cambio.

Nuestra Institución, a través de 50 años ha logrado una cobertura muy alta y ha adquirido serias responsabilidades en la atención a las personas. Su administración se ha hecho muy compleja, por cuanto maneja el 65% del presupuesto nacional y, por ende, se constituye en la institución autónoma más grande del país.

Todo lo anterior ha complicado mucho los aspectos administrativos y financieros. Tradicionalmente, el CENDEISSS se ha preocupado de formar y capacitar a los trabajadores en el campo de la salud, pero no con la intensidad necesaria en el campo de la administración y la economía.

Es por ello que el CENDEISSS ha desarrollado el Programa de Capacitación Gerencial, dirigido a todos los funcionarios de la Institución; este programa permitirá al empleado, según su nivel y la complejidad de sus funciones, capacitarse para administrar bien su trabajo y, por ende, pueda buscar un giro de la eficacia a la eficiencia. Se trata de distintos talleres, seminarios, programas, así como bachilleratos, licenciaturas y doctorados en el campo administrativo financiero, todo dirigido a la preparación y formación académica de funcionarios y a la capacitación operativa en el campo de la administración para empleados de niveles inferiores.

En resumen, no cabe duda de que el recurso humano es el más grande tesoro que tienen las organizaciones y que ningún esfuerzo encaminado a la superación institucional se puede concretar si no hay una adecuada y oportuna preparación del mismo.

La C.C.S.S. cuenta con el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), cuyo objetivo es preocuparse del análisis prospectivo de la Salud y

de la Seguridad Social en el país, con el fin de planificar estratégicamente la formación de sus recursos humanos.

Actualmente, la C.C.S.S. está viviendo un proceso de desconcentración y, lógicamente, el recurso humano debe participar de manera efectiva en él. No puede concebirse un cambio tan importante como la desconcentración, si el recurso humano no está capacitado y formado para ello.

Las regiones son distintas entre sí y tienen sus particularidades especiales; por lo tanto, ellas mismas deben investigar y conocer sus propias necesidades de capacitación y hacer un análisis de priorización. Además, deben ejecutar el proceso de contratación y establecer los mecanismos de seguimiento, control y evaluación.

El CENDEISSS debe asumir, entonces, la rectoría, la conducción, el control y la evaluación del proceso de capacitación, con una óptica institucional del sector y convertirse en un organismo facilitador, a la luz de las políticas institucionales al respecto. Esta es la única manera como podemos garantizar que los recursos sean formados y capacitados, de acuerdo con lo que el sector realmente necesita; sólo así obtendremos un impacto positivo en este campo.

# BIBLIOGRAFIA


1. **CCSS DAPE, Departamento Estadística, Estadísticas de Recursos Humanos.**

2. **CCSS. Desarrollo de Recursos Humanos en la Caja Costarricense de Seguro Social: Antecendentes y Perspectivas. Dirección de Recursos Humanos, 1981.**

3. **CCSS Informe Anual de Labores, Departamento de Desarrollo y Capacitación, 1980.**

4. **CCSS, Memoria Anual 1975, pp 67-70.**

5. **CCSS, Memoria Anual 1977.**

6. **CCSS Proyecto para la creación del Centro de Capacitación de la Caja. Departamento de Administración de Riesgos, 1972.**

7. **Fernández, M. E., Schmith, A. y Bosauri, V.: La publicación en Costa Rica, Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad de Costa Rica, San José, 1976.**

8. **Jaramillo, J.: Los Problemas de Salud en Costa Rica, Litografía Ambar, San José, 1983.**

9. **Jiménez Castro, Wilburg. Desarrollo de Recursos Humanos en la Caja Costarricense de Seguro Social. Informe abril, 1978.**

10. **Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Plan Nacional de Desarrollo 1986-1990. Tomo 1, San José, abril 1987.**

11. **Miranda, Guido.: La Seguridad Social y el Desarrolo en Costa Rica, EDNASSS. CCSS. San José, pp. 152. 1988.**

12. **Pérez, M. A. y Gutiérrez M. Centro Nacional de Docencia e Investigación en Salud y Seguridad Social. Estudio Organizacional. Tesis de Licenciatura en Sociología. U.C.R., San José, 1989.**

13. **Thiel, B. A., Iglesias, F. M., González Víquez, C. y Fernández Ferraz, J.:Costa Rica en el Siglo XIX, en: Revista de Costa Rica, T.1, diciembre 1901, Imprenta Nacional, San José.**

# Etica y moral en los servicios de salud

Msc. Alexandra Eduarte Ramírez
Lic. Carlos Emilio Sagot Esquivel
Lic. Salomón Rodríguez Lobo

# 1. Etica y moral (conceptos doctrinarios)

Se escucha hablar mucho de ética y moral. En cada una de las organizaciones o grupos en que participan los individuos, el tema de la ética y la moral es obligatorio porque atañe a las relaciones cotidianas entre las personas en todas sus manifestaciones.

La ética estudia el comportamiento moral de las personas en la sociedad. La moral se refiere a aquellas reglas, deberes o formas de actuar que el ser humano debe seguir para ser un ciudadano libre. El fenómeno moral se compone de creencias, normas, vivencias, conocimientos y prácticas.

El término moral se remonta a siglos atrás, de manera que la ética no es apriorística sino histórica; estudia el mundo moral que se deriva de la existencia misma del ser humano. El término ética procede del griego "ethos", que quiere decir modo de ser o carácter. El término moral, a su vez, tiene sus raíces en el vocablo "mos" que significa costumbre. Ampliando su significado, la ética tiene que ver con la conducta humana y la moral se refiere a normas y reglas que son transmitidas culturamente.

La ética es una ciencia, la ciencia de la moral. Son, como señala Adolfo Sánchez Vázquez, una ciencia específica (la ética) y su objeto (la moral). (1)

Como disciplina, la ética se basa en la realidad y necesita de la experiencia para poder fundamentar los actos morales del individuo en sus dos dimensiones: social e individual.

La moral entonces ha existido en todas las épocas. La situación económica, política y social de cada etapa de la humanidad se vincula con el tipo de educación, moral, legislación, cultura, política, valores del momento.

En esa medida, la ética varía como históricamente varían todas las expresiones sociales, económicas y políticas de las sociedades.

Ahora bien, la moral como hecho histórico implica libertad y responsabilidad. Libertad se refiere a que el individuo no es estático y pasivo, sino que tiene la posibilidad y la obligación de transformar la ética hacia una ética humanista que, lejos de desligarse de la acción política y económica, la que ineludiblemente se encuentra adherida, más bien le dé una orientación libre, en donde las personas puedan

desenvolverse plenamente y desarrollar sus capacidades físicas e intelectuales.

La responsabilidad, como parte de la conducta moral, significa la capacidad de responder por los actos realizados, voluntaria o conscientemente, de manera que en todo momento lleven el fin de descubrir aquellos valores humanos que realmente favorezcan a la sociedad.

Así pues, la ética es un compromiso de todos y cada uno de los ciudadanos de un pueblo, una nación, un continente. Ese compromiso implica por sí mismo, la solidaridad humana, en relación con el desarrollo integral de los seres humanos.

*"Para poder vivir una vida realmente humana, el hombre debe tener una idea de sí. La vida del hombre es una perpetua búsqueda. La autenticidad de dicha búsqueda se confirma en la acción."*(2)

Precisamente la acción es lo que se puede ver y a partir de ahí se deduce la moralidad del ser humano. Pero el ser profundo que se lleva dentro, que ni siquiera los individuos conocen, sobrepasa los límites de la ciencia. Por eso la ética, corno disciplina filosófica, ha querido penetrar en esa intimidad y reflexionar sobre lo ético y lo moral.

Cada individuo actúa moralmente de acuerdo con su carácter, su personalidad, que se ha formado por influencia del medio social en que se desenvuelve. Por eso es de vital importancia el análisis de la sociedad y la cultura social, aspectos que se tratarán en el siguiente apartado.

## II. Etica, Moral y Cultura

El ser humano tiene dos dimensiones, individual y social. De ahí que lo moral es al mismo tiempo un hecho social e individual.

Las normas de conducta dictadas por la sociedad y que el individuo debe cumplir tienen carácter socio-cultural.

Jaime González sostiene que, aunque lo moral tiene las dos dimensiones del ser humano, es esencialmente personal: *"Desde un cierto punto de vista, la moral es exclusivamente individual: se impone a la conciencia del individuo. Desde otro punto de vista, la moral es básicamente social: los preceptos morales los aprendemos en sociedad y los sentimientos morales son formados también socialmente... Si bien, vista desde*

*el exterior la moral aparece como dependiente de la cultura, el carácter definitorio de la vivencia moral está en la adhesión interna a la norma."*(3)

El primer punto de vista es compartido por Esteban López cuando señala que *"la conducta humana no viene determinada por ninguna fuerza inevitable, su modo de comportarse depende de su naturaleza racional, su autodeterminación. Por consiguiente, la moral del hombre depende de su autodeterminación".* (4)

El concepto de que la moral es básicamente un producto social, es porque presenta aspectos sociales fundamentales en la medida en que el individuo interioriza las normas, y su conciencia -formada socialmente- le dice cómo actuar; por lo tanto el contenido y las condiciones de realización de los actos son sociales. En tal sentido, la ética es *"un concepto general que comprende las actuaciones del individuo en cualquier circunstancia".* (5)

## Acerca de los valores

Es innegable la influencia de la cultura, la cual puede considerarse como el conjunto de manifestaciones sociales, intelectuales, artísticas, cognoscitivas de los individuos.

Las personas de una misma cultura comparten experiencias, hábitos, costumbres y valores. El comportamiento de una persona en sociedad y particularmente en las organizaciones es determinado por su cultura.

Resulta necesario extraer el concepto de valores, por la íntima relación que tienen con la ética y la moral. Los valores los podríamos definir como *"convicciones profundas* y *relativamente estables en cuanto a la superioridad de un modo de conducta o de un objeto de vida"*(6), o bien, como lo expone Hernán Vega, son el conjunto de manifestaciones, actitudes, y formas de ser de los inviduos dentro de la sociedad.

Surge entonces un cuestionamiento: ¿será cierto entonces que los valores, fundamento práctico de la cultura, se están perdiendo?

Para el caso de la sociedad costarricense, la inmensa mayoría de los ciudadanos (funcionarios públicos y privados) son trabajadores y honestos como bien se señaló en la Primera

Conferencia Interamericana sobre Problemas de Fraude y Corrupción en el Gobierno. (7)

No se puede generalizar la afirmación de que se perdieron los valores, lo que sucede es que la época es otra, las condiciones sociales, políticas, económicas y culturales son diferentes, quizá sin ir muy lejos, a las que vivieron nuestros padres y abuelos.

La cultura ha sufrido transformaciones y con ella los valores éticos y morales se han modificado para adaptarse a otras condiciones que no son las que les dieron origen.

Pero en el fondo, los principios de moralidad son los mismos, lo que varía son las formas de expresión social del pueblo mediante las cuales se representa lo ético y lo moral.

Para Hernán Vega *"la crisis de valores que sofoca a nuestra sociedad, no es más que una crisis individual; una crisis del ciudadano, una crisis del ser costarricense, sometido a un materialismo y a una educación que lo despersonaliza y lo masifica. Sin embargo, es ese caudal cultural y educativo que heredamos, el que nos debe conducir a recurrir a nuestras raíces éticas y morales, para rescatar a la nación, del abismo en que algunos prentenden precipitarla."* (8)

En el ambiente reina la desconfianza, la inseguridad y el temor, causados por grandes cambios que confunden al individuo en cuanto a las formas de conducir su vida. La violencia y la injusticia (un forma no física de violencia) están presentes cada día y en todo lugar.

Esta crisis de identidad y de valores en la sociedad costarricense, que agrava la descomposición social, se acentúa conforme pasa el tiempo y los ciudadanos no hacen nada por evitar que penetre en todos los rincones de la vida familiar, comunitaria, organizacional y social.

El conformismo es una actitud muy común, pero implica renunciar a la conciencia moral y al pleno desarrollo de la personalidad.

En la primera parte se señalaba el compromiso de cada individuo en la realización de la moral. La participación activa de cada persona desde su propio espacio (su hogar, su escuela, su iglesia, su trabajo) debe ser firme y valerosa para no permitir actos deshonestos que atenten contra la paz, la armonía social, la seguridad.

Algunos ejemplos de valores (9) sociales que han sido

parte de la realidad social costarricense son los siguientes:

**Lealtad.**
**Honestidad.**
**Convivencia social.**
**Respeto.**
**Disciplina.**
**Identidad nacional.**
**Amor por la paz.**
**Valoración de lo autóctono.**
**Responsabilidad.**
**Laboriosidad.**
**Libertad.**
**Sentido del trabajo y la seguridad social.**

Para los efectos de este ensayo no se definirán estos conceptos. Puede ser más importante que cada ciudadano piense en su significado; que esta reflexión constituya una práctica en la cual se vivencien aquellas actitudes con las cuales se rescatan y expresan esos valores.

## La moral como responsabilidad social

La realización de la moral, como expresión de valores de una sociedad, no es exclusivamente individual, es responsabilidad también de las instancias sociales, que influyen en el comportamiento del individuo.

De acuerdo con Adolfo Sánchez Vásquez existen tres tipos de instancias: (10)

**a) La vida económica de la sociedad.**
**b) La estructura social y política.**
**e) La estructura ideológica y la vida espiritual de la sociedad.**

Mediante el trabajo como actividad práctica consciente, es que hombres y mujeres transforman a la naturaleza y se transforman a sí mismos. Con su capacidad creadora imprimen un valor ético y moral al trabajo: trabajar para ser verdaderamente hombres y mujeres libres y responsables, esto es, con una identidad propia, con dignidad y nobleza, y con sólidos principios éticos y morales que hagan del trabajo un

servicio a la sociedad.

En esta misma línea de pensamiento, la doctrina de la Iglesia está siempre tras el objetivo de humanizar el trabajo y así lo establece la Carta Encíclica del Sumo Pontífice Juan Pablo II sobre el trabajo humano en el 90º aniversario de la Rerum Novarum: *"la Iglesia considera deber suyo, recordar siempre la dignidad y los derechos de los hombres en el trabajo, denunciar derechos, y contribuir a orientar estos cambios para que se realice un auténtico progreso del hombre y de la sociedad"*. (11)

En relación con la estructura social y política, el individuo desde su nacimiento se vincula con diversos grupos (familia, comunidad, estado) que influyen en su moralización.

En la familia, por ejemplo, es donde se forma la personalidad de los individuos y en ella se adquieren las costumbres y valores que consolidan esa personalidad.

La naturaleza del estado como tal, determina la adhesión de los ciudadanos, a los principios morales que a través de sus instituciones está interesado en fomentar y difundir. No obstante, el individuo, pese a la influencia del estado, la familia u otros grupos, tiene su propia moralidad que le hace actuar con libertad, conciencia y responsabilidad.

En cuanto a la estructura ideológica, el estado, mediante diversos medios (sus aparatos idelógicos) trata de transmitir a la sociedad aquellas ideas y pensamientos que mejor le convienen.

Pero también existe una vida espiritual que le permite al individuo seleccionar aquellas cualidades morales y hábitos que llevan consigo una disposición a querer el bien y por eso es que la realización de la moral encuentra una base profunda en lo espiritual.

Lo importante aquí es resaltar que, aunque existen diversas instancias que influyen en el comportamiento de las personas, en su aceptación de los preceptos morales que caracterizan una cultura, y que son transmitidos de una generación a otra mediante diferentes procesos sociales, el ser humano está dotado de una serie de capacidades y potencialidades que le hacen interiorizar esas normas sociales con sentido crítico y creativo, lo cual significa que puede o no estar de acuerdo con ciertas normas y valores, y que actuará conforme su conciencia se lo indique.

*"La conducta humana es realmente moral en la medida en que el hombre sea responsable de sus actos."*(12)

Pero no sólo ha de ser responsable, sino conciente de sus actos. Hay que tener en cuenta que la ética es una actividad analítica en la que los conceptos, creencias, actitudes influyen en el individuo para actuar ajustado a ciertas normas o principios, que le lleven a hacer aquello que considera correcto.

## Algunos apuntes sobre la ética en Costa Rica

La ética y la moral se reflejan en el comportamiento humano, en las costumbres y en los valores. Cuando la crisis de valores es tan intensa como la que vivimos, es porque la sociedad está en crisis. Los individuos deben adaptarse para la vida en una sociedad consumista donde lo que interesa es producir para alcanzar mayor riqueza y, así, poder de compra.

El mundo de hoy es un mundo convulso, dominado por las guerras, la violencia y la inseguridad ciudadana. Donde cada vez los cordones de pobreza son mayores y la concentración de la riqueza se queda en un reducido grupo.

La sociedad costarricense no escapa de esa situación, por el contrario, está inmersa en esta descomposición social. Los costarricenses son ahora más materialistas y egoístas, y los actos de corrupción se encuentran a granel. Desde el "tortuguismo" que aplican los funcionarios públicos cuando demandan mayores beneficios y a sabiendas del perjuicio que causan a quienes necesitan del servicio, hasta el llegar tarde al trabajo sin ninguna razón valedera, o atender al usuario con ligereza o desprecio.

En la función pública, a la que se refiere el apartado siguiente, la ética como compromiso fundamental, está siendo desplazada por conductas antimoral es e irresponsables, donde prima la creencia de que *"la función pública es para servirse y no para servir"*. (13)

Pero como veremos, también existen valores; existen funcionarios honestos, responsables, concientes de su labor al servicio de la comunidad. Este grupo aún es el más numeroso y es un compromiso de todos los ciudadanos, el no permitir que se aparte de los valores morales que lo hace actuar en busca del bien común.

# III. Etica y moral en la función pública

## La virtud del trabajo

El trabajo, fundamento y fuente de desarrollo y dignificación del ser humano, *"es un bien de su comunidad, porque mediante el trabajo, el hombre no solo transforma la naturaleza adaptándola a sus propias necesidades, sino que se realiza a sí mismo como hombre, es más, en cierto sentido, se hace más hombre"*. (14)

Es importante tener presente este concepto, porque los ambientes de trabajo deben contribuir a la dignificación del trabajador y no a su degradación, como sucede en muchos casos. Es en el ambiente del trabajo, donde el hombre desarrolla la virtud de la laboriosidad, actitud hacia el trabajo diario mediante el cual el hombre llega ser bueno como hombre. (15)

Lamentablemente, la virtud de la laboriosidad y del servicio a los demás en el ambiente de los servicios públicos, se ha ido perdiendo, motivado entre otros aspectos por la existencia de una *"indiferencia social"* que corroe la sociedad y que tiene como fuente el egoísmo y la intromisión de *"estereotipos sociales"*, que privilegian la satisfacción del individuo -a través de los sentidos- en detrimento de los intereses de los otros individuos o de la colectividad.

Así, la indiferencia social privilegia los intereses personales -legítimos en muchos casos- en detrimento de los intereses de la población, que espera del servidor público en el ejercicio de sus funciones un trato amable, cortés, atento, amplio y receptivo hacia los problemas y al dolor que sufren los demás. (16)

## Transformación de las estructuras

Salvaguardados los valores de la laboriosidad, la búsqueda del bien común y el servicio al prójimo, el servidor público ha de procurar en la medida de sus posibilidades, *"sanear las estructuras* y *los ambientes del mundo"* (17), guiados por su conciencia, en donde los principios éticos y morales deben iluminar su actividad laboral.

Esto quiere decir que todo servidor público debe ser un agente de cambio en sus ambientes de trabajo, cambio que permita humanizar e individualizar los servicios que se otorgan a la población en general.

Asimismo, deberá procurar sanear las estructuras organizacionales desterrando, en la medida de sus posibilidades, vicios y prácticas administrativas que van en detrimento de la responsabilidad que se le ha confiado, de conformidad con las obligaciones técnicas y profesionales que deben cumplir en beneficio de los demás.

## La acción del trabajador público en el contexto del servicio

Los funcionarios públicos amparados en una falsa burocratización de las prácticas administrativas existentes, deben contribuir con su trabajo diario, no a sacar provecho de los recursos públicos que tienen a su alcance y sí a contribuir con su laboriosidad, a dignificar el trabajo y así recibir con satisfacción el salario, sabiendo que fue justamente ganado. La honestidad en la función del servidor público constituye un elemento fundamental para sanear los ambientes del trabajo, eliminando corruptelas y vicios administrativos que van en contra del adecuado uso de los recursos públicos y de la prestación del servicio a la población.

Este último aspecto es importante, porque representa una práctica común en el servicio público utilizar inadecuadamente los recursos que, en última instancia, son financiados por la sociedad en general, tales como el uso de vehículos, teléfonos, viáticos, así como la distracción del tiempo laboral en otros menesteres que son del ámbito privado y que no tienen nada que ver con el trabajo público.

Conductas de esta naturaleza, contribuyen a desprestigiar la función pública-al trabajador mismo-y no propician el cultivo de los valores humanos como el de la honestidad y la laboriosidad del que hemos hablado en líneas anteriores.

## El compromiso del servicio a la población

El adecuado servicio al ciudadano constituye el fundamento principal para precisar y caracterizar la ética y la moral que debe guiar la función que desempeñan los trabajadores

del sector público.

A partir de la calidad del trato y del servicio que se le suministra al costarricense, en cualquier ambiente de trabajo público (sea regional o local), se estará caracterizando en alguna medida, la calidad de la moral y en general de los valores éticos de los individuos que prestan el servicio.

Podría afirmarse que, observando el comportamiento laboral y el trato que le da un servidor público al ciudadano, detrás de este comportamiento podrá apreciarse la calidad de los valores que posee.

El servicio que presta el servidor público a todos los costarricenses, debe estar libre de presiones, influencias, búsqueda de recompensas, beneficios personales y debe caracterizarse por una entrega donde el ser humano y los problemas que plantea constituyan la principal preocupación, y no lo que el ser humano en su carácter personal representa, sea social, económica o políticamente.

En tal sentido, el servicio debe ser desinteresado, libre de compromisos y búsqueda de dádivas. Implica también hacer buen uso de los recursos que administra el funcionario público, sobre todo del tiempo. El tiempo laboral es valioso en extremo. Observe usted al funcionario público en la administración y uso de su tiempo laboral y podrá calibrar su interés por el trabajo y el servicio a los demás.

En este sentido, el concepto de *"cumplimiento del servicio"* es de capital importancia. Va desde la omisión en el cumplimiento de los deberes ordinarios, la atención inadecuada a las personas, hasta realizar un trabajo insatisfactorio por laborar en muchos casos libre de controles. Falta al servicio, tanto aquél que omite el cumplimiento de su deber y que atiende de mala manera a un ciudadano, como el que administra en su propio provecho el tiempo laboral. Urge pues, mejorar y modificar el conjunto de valores que reglan el comportamiento y el accionar de los servicios públicos, especialmente aquellos que prestan servicios directamente a la población civil.

## La desnaturalización del servicio al cuidadano y la intromisión de la corrupción

Cuando se atiende de mala manera al usuario, estamos ante un mal síntoma que evidencia el deterioro de los valores morales y la presencia de un mal ambiente para la intromisión de la corrupción.

Cuando la corrupción en el servicio público se encuentra entronizada (normalmente solapada, pues utiliza recursos, sistemas y procedimiento de uso diario) se necesita la voluntad de la sociedad política y de la sociedad civil para contribuir a la lucha contra estos dos flagelos del siglo XX.

Es por ello que, las áreas fundamentales donde se reconoce la urgencia de impulsar acciones concretas en este campo son las instituciones de gobierno, en donde se deben crear los controles necesarios para detener el fenómeno de la corrupción.

Instituciones públicas con deficientes sistemas de control son un ejemplo típico para que fenómenos de esta naturaleza se extiendan. Asimismo, tecnócratas, grupos de presión u organizaciones de trabajadores que se oponen al control aduciendo razones gremiales o legales ponen en evidencia lo frágil que es el ejercicio de la función pública y el escaso interés que se tiene, por la necesaria claridad que debe darse en las actuaciones y en la administración de los recursos.

Dado que la corrupción tiene áreas comunes donde se focaliza este mal (gobierno, instituciones autónomas, sistema judicial, medios de comunicación, entre otros), puede afirmarse que sin castigo, sin justicia, no habrá cura ante la corrupción.

Es necesario retomar y crear códigos de ética para los gobernantes, los empleados públicos e incluso en la empresa privada, que es en muchos casos la propiciadora de la corrupción.

Si no se respetan las leyes, sea por falta de acción o por omisión de los agentes administradores públicos, la corrupción se irá generalizando y no se tendrá éxito en la campaña en su contra. (18)

Es por ello urgente efectuar una reforma del estado que propicie disminuir adecuadamente los niveles de crecimiento del sector público, creando, simultáneamente, programas de incentivos donde se recompense al funcionario público,

trabajador y honesto con base en el mérito y no premiar a aquél, cuya conducta es un descrédito para la misma organización para la cual trabaja. En este sentido, se falta a la ética y la moral cuando se disimulan conductas de funcionarios públicos, por cuyo comportamiento anómalo, en la empresa privada ya hubieran sido despedidos.

La omisión en el cumplimiento de los deberes por parte de los funcionarios superiores (una falta a la moral) puede catalogarse como uno de los principales males que tiene el estado costarricense y representa una grave amenaza para el sistema democrático de este país.

## La corrupción en el contexto de nuestro país

Un diagnóstico elaborado en noviembre de 1991 por la Comisión Nacional de Rescate de Valores señala graves problemas que padece nuestro país en distintos campos, muchos de los cuales son posibles y ocurren, justamente, por el nivel de indiferencia social que comentamos anteriormente, el cual es acompañado de graves omisiones en el cumplimiento del deber por parte de los funcionarios públicos.

Así por ejemplo, en el campo del deterioro del núcleo familiar, se señala la influencia negativa que ejercen los medios de comunicación social; en el área de educación se menciona un deterioro progresivo de la responsabilidad del educador en el cumplimiento de su trabajo.

En el ámbito del estado se señalan deficiencias en el servicio público como consecuencia de un inadecuado reclutamiento y selección del personal, débil régimen disciplinario y falta de conciencia del servidor público con respecto de su trabajo.

En lo que refiere al sistema administrativo y financiero se revela la existencia de un débil sistema de control y deficiencias en las normas y procedimientos a seguir. En cuanto al medio ambiente, se menciona la contaminación excesiva de los ríos; mares y lagunas, tala indiscriminada de árboles, contaminación por humo y ruido, todo en buena medida ocasionada por la falta de controles y de la aplicación de la normatividad existente por parte de los funcionarios públicos. (19)

Estos datos del diagnóstico aludido, son parte de la

realidad de cómo opera el estado costarricense, en donde muchas de las causas deberían de atribuirse a la existencia de graves omisiones en el cumplimiento de su deber por parte de los gerentes públicos, quienes por diversas razones no actúan aplicando la ley o no crean la normativa necesaria para resolver complicados problemas socioambientales que afectan la convivencia y sobreviviencia de todos los costarricenses.

# IV. Etica y moral en los servicios de salud

### Un debate que se rehúye

Un aspecto que se considera de máxima importancia, dentro de la actividad del sector público, es el deterioro de la ética y la moral en los servicios de salud, otro sector en el cual la dedicación, probidad y honradez de los funcionarios, era incuestionable pues se desempeñan con gran mística y laboriosidad.

En la actualidad hay un gran temor de debatir públicamente el tema, una *"especie de conspiración del silencio"* (20), donde prácticamente nadie quiere hablar del asunto en los centros de salud.

Esta conspiración del silencio, se ha ido construyendo y apoyando alrededor de varios estereotipos. Uno de ellos refiere, que por el solo hecho de atender a los enfermos, los profesionales en salud se encuentran "vacunados" contra cualquier acto de corrupción que pueda darse en el ejercicio de sus funciones. Así, la gabacha blanca y el estetoscopio "aparentemente" confieren al profesional una cierta dignidad "per se", que parece incuestionable.

Consolidando el anterior estereotipo, surge otro. Los colegios profesionales, al contar con sus propios códigos suponen que es "dentro" de sus colegios donde deben ventilarse y debatirse cualquier acto indebido de un asociado y nunca "fuera", (dominio público), pues consideran contar con la autoridad moral y la normatividad legal correspondiente para "juzgar", exclusivamente intramuros, la actuación anómala de cualquier asociado.

Por otra parte, los gremios de profesionales, especialmente los médicos, han ido más allá. Es tan arraigada la cultura histórica de la probidad y honradez del acto médico

y de la actuación misma del médico en el ejercicio de su profesión, que los gremios han impedido (y lo han logrado) que se instituya la auditoría médica (como lo es, por ejemplo, la Inspección Judicial en el Poder Judicial, en el caso de los abogados), porque suponen que en el ejercicio de su profesión solo pueden ser juzgados por sus propios colegas, con lo cual la atadura se cierra, dejando en completa indefensión a la sociedad civil, cuando se trata de investigar y sancionar administrativamente una queja por un mal servicio o un mal trato al usuario.

De hecho no se conoce públicamente ningún caso, donde un colegio profesional salga en defensa de un usuario.

Nos encontramos así ante grupos cerrados, en donde el carácter público de las actuaciones de sus asociados son dilucidadas con criterio privado, dada la naturaleza de la estructura orgánica construida alrededor de las profesiones de los servicios de salud.

Sin embargo, la realidad cotidiana es otra: *"hay muchos problemas de ausentismo y bajo rendimiento; también relaciones inadecuadas entre el personal de salud y los pacientes, pero esto no se percibe como un serio problema moral. Cuando solo interesa sacar el trabajo a menos costo en el tiempo más corto y ganando el máximo de salario posible, estamos frente a un problema moral; cuando no se cumple con el horario pactado, a las personas se les atiende con desinterés y no se hace un esfuerzo serio para mantenerse bien informado, estamos frente a un problema moral; aun cuando uno considere que son otros los que incurren en faltas de comportamiento, si no se denuncian tales situaciones, es porque estamos frente a graves problemas de moral".* (21)

Ante esta realidad palmaria, en el ámbito de los servicios públicos y concretamente en el ámbito de los servicios de salud *"quien quiera organizar, dirigir con responsabilidad, aplicar medidas disciplinarias elementales o aumentar la productividad y la calidad de los servicios se puede quedar de un momento a otro en estado de completa indefensión y atónito contemplar cómo las pavas le tiran a las escopetas en una suerte de esquizofrenia institucionalizada".* (22)

En el caso de la aparición de actuaciones concretas reñidas con la ética y la moral en la prestación de los servicios de salud, sería muy conveniente que tales actuaciones condujeran

a investigaciones serias y exhaustivas sobre las verdaderas causas de los hechos, dada la trascendencia pública de tales actuaciones. Al fin y al cabo, los asegurados tienen derecho a saber cómo se están invirtiendo y gastando los recursos en los servicios de salud, pues tales recursos provienen de los contribuyentes y éstos están en el legítimo derecho a ser informados de cómo se administran y su impacto en la calidad de los servicios que se le prestan a la población.

## Etica y praxis laboral

De todo lo expuesto, si la misión del personal que labora en los servicios de salud *"es la de cuidar a la gente sana o enferma, con la dignidad y respeto que merece todo ser humano"* (23), el agente de salud debe, por el mismo hecho de tomar o no tomar decisiones que afecten al paciente, asumir la responsabilidad y el compromiso por sus actuaciones, dado que *"todas las decisiones caen dentro de la dimensión ética puesto que se trabaja con seres humanos y se debe emitir juicio en cuanto a lo que debe hacerse por ellos"*. (24)

Es por esto que al asumir su responsabilidad y compromiso en el ejercicio de la profesión, *"todo acto profesional que se haga en forma apresurada y deficiente por motivos personales o administrativos, debe considerarse unido con la ética"* (25), como consecuencia de que *"cada paciente es un ser humano o aún superior a nosotros y no debe ser tatado como un caso más"* (26).

Por tales razones, responsabilidad y compromiso son conceptos importantes e íntimamente ligados a la ética y la moral en los servicios de salud.

Así, responsabilizar significa atribuirle a un hombre una responsabilidad. Al imputarle a ese hombre una conducta, le responsabilizamos de ello. Por ello asumimos un compromiso.

El compromiso, según Jaime González es el "polo social de la responsabilidad". Esto implica reconocer nuestra responsabilidad con los otros hombres. En nuestro caso, estos hombres son los pacientes que son atendidos por los servicios de salud de nuestro país. (27)

Es por ello que profesiones que se ocupan directamente de los seres humanos, como es el caso de los que trabajan en los servicios de salud, son profesiones que deben estar a su servicio y no deben rehuir jamás este compromiso.

Así, *"un profesional que ejerza su oficio exclusivamente en su beneficio personal, está faltando a las exigencias fundamentales de la profesión, más aún, no se le podría llamar propiamente profesional. Por esto al decir que la profesión es un servicio, estamos poniendo de relieve uno de sus caracteres éticos principales".* (28)

## Los elementos del debate

Planteadas así las cosas, emerge el carácter "público" de la actuación de los profesionales que laboran en los servicios de salud y su responsabilidad y compromiso por las acciones que realizan.

En tales condiciones, las deficiencias que susciten su accionar, no deben caer y ser resueltas en modo alguno, en el ámbito exclusivo de las "juntas de gobiernos" de los colegios profesionales, porque se trata de una responsabilidad que se asume, no ante un gremio, sino una responsabilidad que se asume ante una colectividad mayor, la ciudadanía en general, quien es en última instancia quien mantiene la seguridad social.

Así, reducir el análisis, ponderación y eventual aplicación de sanciones y medidas disciplinarias por una inadecuada actuación ética de los profesionales de los servicios de salud, al ámbito de los colegios profesionales es reducir la solución del problema a un claustro muy reducido, en donde los intereses personales podrían confundirse con los intereses de la colectividad nacional.

Desde una perspectiva positiva y saludable, para el sistema de salud, es necesario abrir y estimular el debate sobre la práctica de la ética y la moral de los profesionales que laboran en este sector, dejar a un lado los temores gremialistas y entrarle de frente al examen del tema, desde diversas perspectivas, pensando en el bien común y en los principios filosóficos que sostienen todo el sistema de la seguridad social.

En tal sentido, deben abrirse foros de discusión en escala nacional y regional, con la participación activa de instituciones empleadoras como lo son la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud, de los colegios profesionales así como los distintos gremios y sindicatos legalmente establecidos. Y desde luego, las entidades ya legitimadas, que ahora por virtud y reclamo del imperio de la ley, representan la voz de los

administrados y de la ciudadanía en general.

Un análisis profundo aclararía mitos, eliminaría estereotipos mal entendidos, precisaría mejor los alcances y las limitaciones que en materia de ética y moral tienen los profesionales que concurren a la prestación de los servicios de salud, y permitiría el establecimiento de controles más adecuados.

Es de esperar que todo lo anterior, redundaría en la calidad del servicio y definiría de una vez por todas, cuál es la participación de la comunidad en un asunto de interés público en la cual ésta no es espectadora ni sujeto pasivo, si no el actor principal, pues no solo financia económicamente el sistema de salud, sino que, cada uno de sus miembros, como pacientes y usuarios, constituyen el elemento principal del servicio.

# Otras opciones

### Apelar a la conciencia

El análisis de las cuestiones éticas y morales, no solo cabe en foros participativos, fuera del ámbito de los colegios profesionales, sino que también hay otras modalidades de reflexión sobre el tema.

Unas de esas formas es la actitud personal de cada individuo, su forma de actuar y de trabajar, es decir, un debate interno. Cada uno de los trabajadores de la salud debe asumir una actitud crítica y reflexiva sobre aquello que conforma la moral.

Desde nuestro propio rol social, familiar y laboral, es importante privilegiar la conciencia moral que todos tenemos y no simplemente conformamos con saber que exite una verdadera crisis de identidad y de valores que se manifiesta delante de nuestro ojos día con día, sin siquiera tratar de cuestionar, evitar o resolver los problemas de moralidad.

El individuo es el primer actor al que le corresponde enfrentar este reto. Pero el individuo se desenvuelve en una familia, en una comunidad y en una organización, por lo tanto, cada instancia es responsable de velar por los aspectos ético-morales y doctrinarios en los que se fundamenta.

*"Cuando cada costarricense, comprenda que en el ejercicio*

*de la razón, se encuentra su propio bienestar personal; entonces será posible detener el avance de la corrupción, la criminalidad y el narcotráfico. Es indispensable entonces, aceptar el papel histórico que todo ser humano está llamado a cumplir, contribuyendo positivamente en el desarrollo integral de la sociedad. "*(28)

Muy acorde con esta concepción, encontramos un ámbito de reflexión desde nuestra obligación como cristianos. Desde esa perspectiva, la ética es *"un esfuerzo por descubrir las leyes de la naturaleza para vivirlas en paz, armonía y justicia, y disfrutar de la dignidad humana"*. (29)

La justicia y la libertad son un reconocimiento de los deberes y obligaciones de los seres humanos. Es reconocer y respetar los derechos de los demás.

Como trabajadores de una institución de salud debemos reconocer que los ciudadanos tienen derecho a la mejor y más eficiente atención en los servicios. Actuar con ética y con respeto de la moral implica cumplir con el deber que cada puesto, por humilde que sea, exige.

## Difusión de la doctrina

Otra forma de luchar por el rescate de la identidad y de los valores, es mediante la proyección y difusión de la doctrina.

En nuestro caso, la doctrina de la seguridad social se compone de principios filosóficos elementales que sostienen y dan vida a la organización.

La doctrina es expresión de lo que espera alcanzar la organización. *"La doctrina establece expectativas para la actuación organizacional, provee normas, racionaliza los cambios y las adaptaciones, motiva a los grupos, proyecta una imagen de la organización."*(39)

Sin doctrina no puede haber cohesión de grupo, ni identificación con una causa, ni propósitos u objetivos. La gestión gerencial tiene que dedicar tiempo al pensamiento doctrinario; cada acto es reflejo de los principios básicos con que se conduce la organización, es decir, cada acción o decisión gerencial se orienta por una idea que vivifica el sentido de la organización pues pone la doctrina en acción.

Es un verdadero compromiso institucional el de asegurarse que cada uno de sus miembros, conozca y reconozca la doctrina de la seguridad social y actúe orientado a ella.

Si esto se logra, se puede obtener identidad, satisfacción y efectividad de grupo y por ende, eficiencia en los servicios.

Si todos y cada uno de los funcionarios al servicio de las instituciones de salud, tuviesen una idea muy clara de la doctrina que justifica su accionar, es decir, si interiorizan los principios filosóficos (universalidad, solidaridad, igualdad, obligatoriedad y unidad) y reconocen su significado y alcance social posiblemente trabajarían con mística y sensibilidad ante los problemas que presentan los ciudadanos.

Esta labor es un reto que debemos iniciar y no posponer, si deseamos salvar a la organización de los problemas administrativos, éticos y profesionales en que se ve sumergida.

## Transparencia versus corrupción

Reducir la corrupción es una vía en el camino de lucha por una sociedad y una organización sana.

La corrupción no puede justificarse, es un vicio fatal que se debe atacar en todos los niveles, con toda la fuerza. No podemos quedamos cruzados de brazos si conocemos casos donde es evidente o al menos se sospecha de actuaciones corruptas.

La corrupción no solo es un problema de personas sino también de sistemas. Una acción importante es *"un intento de desmitificar la corrupción, de tratarlo como un problema que podemos analizar y tratar con métodos de gestión, de análisis económico"*. (31)

Para enfrentar la corrupción, tema delicado y muy sensible, en una síntesis de Respondacon II se afirma que se debe pensar más allá de la ética y la moral, es decir, buscar la forma de reducir monopolios o responsabilidades absolutas (poder) de una persona o grupo sobre individuos, sobre algún procedimiento o determinación específica; limitar la discrecionalidad de los actos e introducir mecanismos que permitan una transparencia absoluta de los sistemas.

En este último caso, Roberth Kligaard (uno de los autores de la síntesis de Respondacon II) asegura que la corrupción es como un hongo que se fortalece en la oscuridad pero ante mucha transparencia y claridad en las actuaciones, tiende a desaperecer.

*"Cuando una persona corrupta tiene alternativa, puede ser corrupto o puede no serlo. Si siendo no corrupto recibe un*

*determinado salario, pero sin bonificación, si se presenta la posibilidad de ser corrupto, ésta estará en función de si la* "mordida" *es grande y de si, además, la probabilidad de que lo capturen y castiguen es pequeña. Entonces, lo que tenemos que hacer es ayudar aumentar esa posibilidad que un acto corrupto sea descubierto y elevar el castigo cuando una persona sea capturada."* (32)

La transparencia es un mecanismo de control y por eso debemos estar alerta y denunciar cualquier actuación anómala. Solo una acción solidaria puede enfrentar el problema.

Podemos exigir información sobre lo que hacen los funcionarios y sobre los resultados que obtienen, pero también podemos abrir canales de comunicación para que las personas que están fuera de la organización conozcan y puedan denunciar problemas de ineficiencia y corrupción, esto significa, involucrar a los ciudadanos en la lucha contra este flagelo.

La administración está obligada a atender todas las denuncias y aplicar las medidas correctivas para cada caso.

Pero también la administración tiene que establecer incentivos que comprometan al funcionario y lo identifiquen con su trabajo y con los objetivos sociales que deben cumplir.

*"En la lucha contra la corrupción la* "prevención" *significa una evaluación de la vulnerabilidad de varios procesos, varios trámites, varias actividades de la corrupción...hay técnicas, para evaluar paso por paso los trámites públicos y las actividades públicas, identificar dónde están los lugares donde la corrupción puede crecer. Lo que se busca es cambiar, poner más transparencia, enfocar las investigaciones ahí, crear nuevos incentivos para los funcionarios en los puntos críticos. Ese tipo de estrategia puede ser llamado como de prevención."*(33)

En síntesis la lucha contra la corrupción es responsabilidad de todos y cada uno de los ciudadanos de una sociedad, un país.

Lo más importante que se ha planteado, es que hoy por hoy el tema de la ética y la moral cobra un valor incalculable; es una necesidad hablar y escribir sobre diversos aspectos y ser conscientes que el futuro de las organizaciones y del país está en nuestras manos.

Ello nos exige una total claridad y corrección en todos

nuestros actos, una actitud muy activa en la lucha por el rescate de la identidad nacional y una entrega absoluta al trabajo que ejecutemos con mística y cariño en beneficio de todos los costarricenses.

# Notas bibliográficas


1) **Sánchez Vásquez, Adolfo. Etica. México: Grijalbo S.A. 1969. Pág. 23.**

2) **González, Jaime. Reflexiones éticas. Heredia, Costa Rica: UNA, 1982. Pág. 34.**

3) **Ibid**

4) **López, Esteban. Etica médica. San José, Costa Rica: Editorial Studium, 1984. Pág. 14.**

5) **Vega, Hernán "La ética en la función pública". Documento no editado.**

6) **Bergeron, Jean y otros. Los aspectos humanos de la organización. San José, Costa Rica: Gaetan Morin editor. ICAP. 1993.**

7) **Primera Conferencia Interamericana sobre problemas de fraude y corrupción en el Gobierno. Informe final. Miami, Florida, EEUU. 1989.**

8) **Vega, Hernán. Discurso pronunciado con ocasión de la juramentación de la Comisión de Rescate de Valores de la C.C.S.S. 17 febrero 1993.**

9) **Tomado de: Ministerio de Educación Pública. Folleto "Formación de actitudes para el logro de valores" 1987. Pág. 6 a 10.**

10) **Sánchez, Adolfo. Op cit. Pág. 178.**

11) **Juan Pablo II. Carta encíclica Laborem Exercens sobre el trabajo humano en el 90 Aniversario de la Rerum Novarum. Pág. 13-14.**

12) **González, Jaime. Op cit. Pág. 51.**

13) **Vega, Hernán. " Apuntes sobre ética en la función pública".**

14) **Juan Pablo II. Op cit.**

15) **Ibid.**

16) **Dirección General de Servicio Civil. Prontuario de Principios Técnicos y Normas de Conducta para Funcionarios Públicos. San José, Costa Rica: Imprenta Nacional. 1985.**

17) **Concilio Vaticano II. Documentos Completos. Bilbao, España: Editorial Mensajero, 1965.**

**18)** **Parera, Patricia. Conclusiones preliminares sobre Respondacon II. En: Boletín Respondabilidad. Washington EEUU. Abril 1992.**

**19)** **Comisión Nacional Rescate de Valores. "Diagnóstico de la Realidad Social, Económica y Política Nacional". San José, Costa Rica. Noviembre 1991.**

**20)** **Mohs, Edgar. Seguridad Social y la Salud para la Libertad. San José, Costa Rica: Editorial EDNASSS. 1992.**

**21)** **Ibid.**

**22)** **Ibid.**

**23)** **Alvarado, María Delia. Principios de Etica aplicados a Enfermería. San José, Costa Rica: Editorial EDNASSS. 1992.**

**24)** **Ibid.**

**25)** **López, Esteban. Op cit.**

**26)** **Ibid.**

**27)** **González, Jaime. Op cit.**

**28)** **Ibid.**

**29)** **Vega, Hernán. Discurso pronunciado con ocasión de juramentación de Comisi6n Rescate de Valores de CCSS.**

**30)** **Pbro. Freddy Chacón. Conferencia "Moral y corrupción". Consejo Gerencia Administrativa. 26 de marzo 1993.**

**31)** **Clarke, Milton. Conferencia "Cambio organizacional". Centro de Desarrollo Social CCSS. 5 julio de 1993.**

**32)** **Síntesis de Respondacon II "Combatiendo el fraude y la corrupción en los Gobiernos" 27-28 febrero 1992. Pág. 197.**

**33)** **Ibid. Pág. 198.**

**34)** **Ibid. Pág. 200.**

# Bibliografía consultada


1) **Alvarado, María Delia. Principios de Etica aplicados a Enfermería, San José, Editorial EDNASSS, 1992.**

2) **Bergerón, Jean y otros. Los aspectos humanos de la organización. San José, Costa Rica: Gaetan Morin Editor. ICAP. 1983.**

3) **Cabezas, Edgar. La Medicina en Costa Rica. San José, Editorial EDNASSS, 1990.**

4) **Clarke, Milton. Conferencia "Cambio Organizacional". Centro de Desarrollo Social CCSS. 5 julio 1993.**

5) **Concilio Vaticano II. Documentos Completos. Bilbao, España, Editorial Mensajero, 1965.**

6) **Comisión Nacional de Rescate de Valores Diagnóstico de la Realidad, Social, Económica y Política Nacional. San José, noviembre 1991.**

7) **Dirección General del Servicio Civil. Prontuario de Principios Técnicos y Normas de conducta para Funcionarios Públicos. San José, Imprenta Nacional 1985.**

8) **González, Jaime. Reflexiones Eticas. Heredia, Editorial Universidad Nacional, 1982.**

9) **Juan Pablo II. Carta Encíclica Labores Exercens. San José, Editorial Católica. S.F.**

10) **Klitgaard, Robert. Controlando la Corrupción. La Paz, Bolivia, Editorial Quipus. 1991.**

11) **López Varela, Esteban Lecciones de Etica Médica, San José, Editorial Studium, 1984.**

12) **Ministerio de Educación Pública. Folleto "Formación de Actitudes para el logro de Valores". 1987.**

13) **Miranda, Guido. La Seguridad Social y el Desarrollo de Costa Rica. San José, Editorial EDNASSS, 1988.**

14) **Mohs, Edgar. Evolución del concepto de salud en Costa Rica. San José. 1989.**

15) **Mohs, Edgar Seguridad Social y la Salud para la libertad. San José, Editorial EDNASSS, 1992.**

**16) O.P.S. -Foro: Salud y Desarrollo en Costa Rica. San José, Julio 1988.**

**17) Parera, Patricia. Conclusiones preliminares sobre Respondacon II. En: Responsabilidad. Boletín, Abril 1992. Washington, U.S.A.**

**18) Pbro. Freddy Chacón. Conferencia "Moral y corrupción". Consejo Gerencia Administrativa. 26 de marzo 1993.**

**19) Penna Melo, Raúl. Salud integral en el siglo XXI. San José, Editorama S.A., 1990.**

**20) Primera Conferencia Interamericana sobre problemas de fraude y corrupción en el Gobierno. Informe final. Miami, U.S.A. 1992.**

**21) Sánchez Vásquez, Adolfo. Etica. México: Grijalbo S.A. 1969.**

**22) Síntesis de Respondacon II "Combatiendo el fraude y la corrupción en los Gobiernos" 27-28 febrero 1992.**

**23) Vega, Hernán. Discurso pronunciado con ocasión de la juramentación de la Comisión de Rescate de Valores de la C.C.S.S. 17 febrero 1993.**

**24) Vega, Hernán "La ética en la función pública". Documento no editado.**

# Hacia el futuro:
# El Plan de Reforma del Sector Salud

Dr. Elías Jiménez Fonseca

# Hacia el futuro:

## El Plan de Reforma del Sector Salud

El Sistema de Salud costarricense ha basado su desarrollo en los principios fundamentales de la Seguridad Social: solidaridad, universalidad, igualdad, obligatoriedad y unidad. Los resultados de sus programas y acciones son evidentes, con índices de salud óptimos para un país en vías de desarrollo, y con un nivel muy alto en desarrollo humano.

La medicina en Costa Rica tiene dos etapas históricas muy claras. En una primera fase, que empieza a mediados del siglo XIX y termina en 1940, la medicina era fundamentalmente asistencial y de caridad, basada en Juntas de Protección; surge en las últimas décadas la salud pública como elemento importante (esquema 1).

La segunda fase se inicia en 1941 con la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social; es a partir de ese momento que realmente podemos hablar de Sistema de Salud, en el que se conjugan la acción del Ministerio de Salud, de la Caja Costarricense de Seguro Social, del Instituto Nacional de Seguros, del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, de las municipalidades, del sector privado y de las universidades.

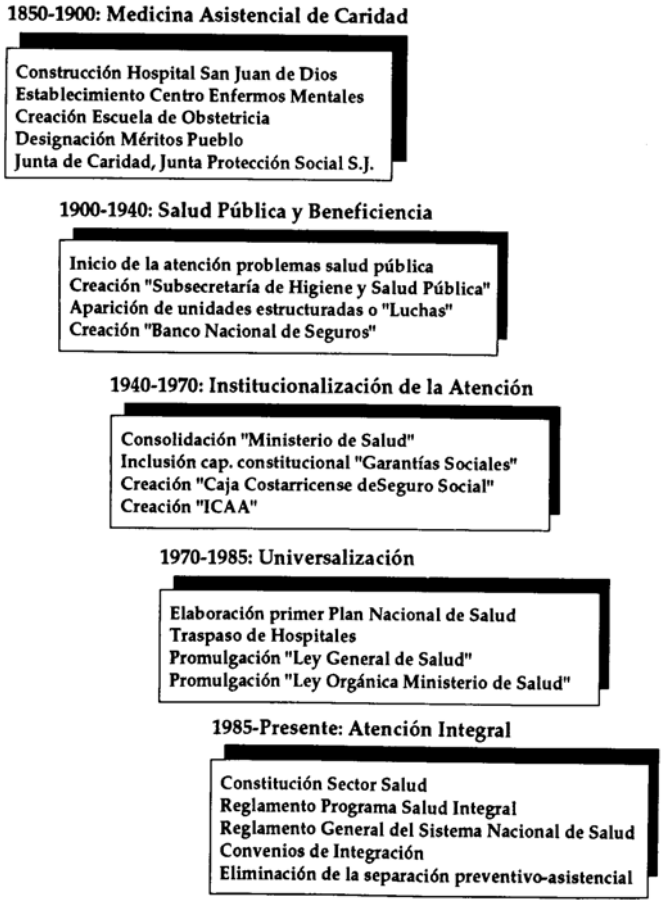
En la evolución de la Caja se distinguen, además, etapas muy claras:

### A. Organización, emisión de reglamentos y divulgación, 1940-1950

Durante los dos primeros años de su existencia, la Caja estuvo en una etapa de organización, emisión de reglamentos y divulgación. El 23 de octubre de 1943, se dicta una nueva ley, la Nº 17, que con sus reformas y mejoras es la vigente en nuestros días.

El primer régimen implantado fue el de Enfermedad y Maternidad que comenzó a prestar servicios el día 17 de noviembre de 1941. Desde sus inicios se aplicó el principio de extensión gradual. Se dispuso, a partir del 1 de setiembre de 1942, la implantación del Seguro de Enfermedad y Maternidad para el Area Metropolitana y las principales cabeceras de provincia, con carácter obligatorio para los trabajadores con

**Esquema 1.** Etapas de la Evolución Institucional de la Salud hacia la Atención Integral




salario inferior a ¢400.00 (cuatrocientos colones) por mes. Esta primera extensión se llevó a cabo en las regiones urbanas más densamente pobladas del país, y la protección fue la directa (sin beneficio familiar), situación que prevaleció por más de dos décadas.

Entre 1944 y 1947 se extiende el Seguro de Enfermedad y Maternidad con protección familiar a una importante área del Valle Central que reviste características de población rural.

El 1 de enero de 1947 entró en vigencia el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, cuya cobertura ha sido menor que la del Régimen de Enfermedad y Maternidad.

Al finalizar la década de los 40, la Caja cubría en Enfermedad y Maternidad 8% de la población total del país y 23% de la población económicamente activa.

## B. Nacimiento de la medicina social 1950-1960

La década de 1950 a 1960 configuró "el nacimiento de la Medicina de la Seguridad Social". El sistema de cobertura inicial fue sólo para el trabajador directo, es decir, no incluía a su familia, su esposa, sus hijos ni sus dependientes, excepto en las regiones de Turrialba, Juan Viñas y Heredia, que desde el comienzo pidieron la cobertura familiar.

Este hecho es de gran relevancia, pues la cobertura de áreas rurales era marcadamente deficitaria y, sin embargo, nuestro Seguro Social no titubeó en correr el riesgo económico para conseguir el beneficio social y la justicia distributiva para los trabajadores del campo y sus familias.

Pero cuando en 1956 se modificó el Reglamento de Enfermedad y Maternidad, para extenderlo a toda la familia, se transformaron profundamente dos grandes conceptos: por una parte, se afectaron los servicios médicos propios, que habían ido desarrollándose lentamente. De la noche a la mañana, el viejo Hospital Central, actual Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, y su consulta externa transformaron sus espacios en sitios de aglomeración y apareció un hospital con camas hasta en los pasillos.

## C. Decisión política 1961-1971

Es necesario apuntar algunos antecedentes porque, precisamente, cobran vigencia aquellas metas trazadas por los fundadores, cuando se introduce una reforma constitucional de gran importancia, el 12 de mayo de 1961, por Ley Nº 2738 y que impone a la Institución la obligación de lograr la universalización de los seguros sociales a su cargo.

Al finalizar la década del 50 al 60, la Caja cubría en Enfermedad y Maternidad un 18% de la población total del

país y un 27% de la población económicamente activa. En Invalidez, Vejez y Muerte estaba protegido un 7% de la población total y un 8% de la población económicamente activa.

En la década de 1961 a 1971 se produce la expansión más notable de la Institución.

Entre los años 1962 a 1966 se extiende el Seguro de Enfermedad y Maternidad a zonas típicamente rurales.

En 1965 se acuerda la protección familiar al Area Metropolitana. Desaparece a partir de este momento toda forma de protección incompleta.

Simultáneamente con el desarrollo de la cobertura de los seguros, la Caja puso en práctica un programa de construcciones de instalaciones propias tanto de hospitales como de clínicas de consulta externa. Se contratan servicios con los hospitales que eran gubernamentales o de Juntas de Protección Social de las localidades en donde la Institución no contaba con la infraestructura hospitalaria propia, para dar la atención a los nuevos asegurados, con motivo de la extensión horizontal.

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

Antes de cumplir su tercera década (1961-1971), la Caja cubre en el Seguro de Enfermedad y Maternidad un 38% de la población activa del país, un 45% de la población total y un 60% de la población asalariada. En Invalidez, Vejez y Muerte protege un 28% de la población total y un 24% de la población activa.

## D. Universalización, 1971-1982

La decisión política para la extensión de la prestación médica de la Seguridad Social a todos los costarricenses imponía lo siguiente:

*"La Caja Costarricense de Seguro Social deberá realizar la universalización de los diversos seguros puestos a su cargo, incluyendo la protección familiar en el régimen de Enfermedad y Maternidad en un plazo no mayor de diez años..."* (Ley Nº 2738 del 12 de mayo de 1961).

La existencia de múltiples instituciones y organismos

encargados de atender la salud en Costa Rica, con duplicaciones, omisiones y falta de coordinación y sus programas unitarios, generó la política de integración sectorial después de intentar durante muchos años la de coordinación, para implementar la política sectorial de proteger a toda la población con servicios integrales indeferenciados.

En marzo de 1971 se promulgó la Ley Nº 4750 que modifica el artículo 3º de la Ley Costitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, regula la universalización por etapas y autoriza a la Institución a coadyuvar en la atención de los indigentes, de riesgos y accidentes profesionales y en los programas de medicina preventiva.

En setiembre de 1973 se promulgó la Ley Nº 5349 que amplía los recursos materiales, humanos y financieros del Seguro Social para que extienda sus servicios a toda la población bajo un sólo 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. La ejecución fue bastante conflictiva por la beligerencia de los sectores cuyos intereses se vieron afectados. Esta Ley fue complementada con la Nº 5541 que regula la situación de los trabajadores de los establecimientos traspasados. Lo anterior permitió ampliar la cobertura legal del Seguro Social.

En octubre de 1973, se promulgó la Ley General de Salud que define un sistema regulador de las actividades de los individuos, empresas y Estado en el campo de la Salud.

## E. Integración de servicios. Nuevos modelos de atención, 1980-1990

La quinta década en la vida de la Institución es la de *"Integración de servicios y nuevos modelos de atención"*.

La limitación de recursos económicos producto de la crisis, junto con sus seguras repercusiones futuras, así como la necesidad de orientar el gasto principalmente hacia áreas de prevención y hacia la atención de la mayor parte de las acciones fomentadoras de la salud, con vistas a disminuir el gasto en la enfermedad mediante el aumento de la salud, son las determinantes de lo que en esa década aparece como el fenómeno más importante del Sector Salud: la integración de los servicios, principalmente entre el Ministerio de Salud y la

Caja Costarricense de Seguro Social. Esto, además, impone la necesidad de desarrollar un plan de integración intersectorial.

La integración de Servicios de Salud, realizada entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, constituyó un hecho extraordinariamente positivo. Especialmente en las comunidades, fue demostrándose poco a poco que por primera vez había una sola política nacional para hacerle frente a las diversas formas y variedad de factores que atentan contra su bienestar; por otra parte, se formó conciencia sobre la necesidad de una participación intensa en los programas, tanto de prevención de la enfermedad como de fomento de la salud.

Otro elemento se refiere a los cambios que deben introducirse en los modelos de atención que, después de todo, representan una forma de interrelación en el Sector Social, como aquellos indispensables para que una nueva actitud ponga al individuo, con su carga de responsabilidad para cuidar de su salud, frente a un mínimo de riesgos que le presente una sociedad consciente y organizada.

En 1987 la Caja Costarricense de Seguro Social estableció la necesidad de introducir nuevos modelos de atención, especialmente en los servicios ambulatorios. Se creó el "médico de empresa" y la "medicina mixta", las nuevas clínicas de Pavas, Coronado y Tibás, con las incorporaciones de la participación del cooperativismo profesional y del enfoque del médico de familia, en el funcionamiento y servicio de esos centros.

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

## F. Etapa sexta, 1990. Reorganización administrativa con descentralización, humanización e individualización

La descentralización 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 y su familia.

La descentralización por sí sola no sería 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 debe 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 durante esta etapa se asumió el reto de humanizar e individualizar, en todo lo posible, los servicios y el funcionamiento de la Caja, como uno de los más deseables perfiles, de frente a las necesidades 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 total y la excelencia en los servicios que presta la institución a la población costarricense.

En todo sistema dinámico como en el costarricense, con objetivos y metas cambiantes según el desarrollo del país y los logros alcanzados, es necesario conocer muy bien sus problemas y limitaciones, tener muy claros sus principios, y plantear solución para los nuevos retos, dentro de un proceso continuo de planificación y ejecución, que permita continuar claramente y con la flexibilidad necesaria, con el desarrollo institucional orientado siempre hacia la persona, hacia el desarrollo humano.

Sobre estas bases, y como un primer paso de este nuevo proceso, se procedió a evaluar tanto a la Caja como al Sector Salud, partiendo de la base de que la crisis económica de los 80, el cambio de perfil epidemiológico, la insatisfacción de muchos sectores y la rigidez estructural de las instituciones, entre otras cosas, estaban provocando problemas crecientes no resueltos, que ameritaban análisis integral y un planteamiento global de solución con acciones a corto, mediano y largo plazo.

En la evaluación sectorial (esquema 2) resulta muy clara la frecuencia de deficiencias en la dirección, en la coordinación, en el método de atención, en la administración, en la información, todas ellas analizadas con profundidad en los informes correspondientes.

Esquema 2

Por otra parte, la Comisión Evaluadora Institucional realizó un excelente trabajo, reportado como *"Informe Evaluativo de la Gestión Administrativa y Programática de la Caja Costarricense de Seguro Social 1980-1990"*, cuya conclusión general merece transcribirse textualmente:

"Para comprender mejor los alcances de esta evaluación, es necesario señalar que el año 1978 marca un hito importante en el proceso de atención de salud en Costa Rica. A partir de esta fecha puede considerarse que concluye todo un proceso

de extensión de los seguros sociales, y se introducen nuevos elementos que van a significar el paso del concepto de seguro social al nuevo de la seguridad social. Sin embargo, todo este proceso se dio sin haberse acompañado de cambios profundos en la estructura administrativa y financiera de la institución, así como de una revisión integral del modelo de atención de los servicios de salud. Para afrontar las consecuencias de una administración cada vez más compleja, se recurrió continuamente, en estos últimos años, a soluciones de carácter contingencial que en vez de resolver los problemas propios del crecimiento, retrasaron sus soluciones.

El postegar la toma de decisiones en áreas estratégicas, por privilegiar soluciones parciales, hizo perder la visión de conjunto, originando serias dificultades en los sistemas de recursos humanos, recursos materiales y presupuesto. Lo anterior, sumado a la necesidad de ajustar la infraestructura, configuró toda una crisis institucional.

Esta crisis fue claramente identificada en un diagnóstico general que realizó la Institución conjuntamente con la OPS en 1980.

La falta de atención al conjunto de estos fenómenos, así como la falta de claridad sobre la direccionalidad de las políticas nacionales en salud, dió como resultado una crisis del modelo tradicional de atención en salud y del modelo administrativo y financiero institucional, que no resistieron el impacto de todo un gigantesco proyecto de atención en salud a la población.

En cuanto a los servicios médicos, el aumento de la demanda tratada sobre la base de un modelo de atención biologista y curativo, ha propiciado la masificación de los servicios, dándole más atención a lo cuantitativo que a lo cualitativo. Esto ha traído como consecuencia la medicalización del usuario, un bajo nivel resolutivo de las unidades asistenciales del primer nivel y una tendencia a resolver todos los problemas de salud en la consulta especializada. Todo lo anterior ha conducido a una altísima concentración de los servicios en el cuarto nivel (los hospitales nacionales de alta complejidad), modalidad que tiene un alto costo de operación.

La organización administrativa actual de la Caja sigue siendo la misma vigente en 1978. Dados los cambios ocurridos dentro de la institución y mencionados anteriormente, el

sistema administrativo entró en crisis, especialmente en lo que respecta a los subsistemas de recursos humanos, materiales y de presupuesto. En lo que toca a la distribución de los recursos hay una alta concentración en el Valle Central, en detrimento del resto del país.

A lo anterior debe adicionarse una estructura organizativa y funcional de carácter centralista, de una alta verticalidad en el mando, concentración de la toma de decisiones en la sede central, que ha influido profundamente para que se produzca un entrabamiento general. Como consecuencia de ello, la Institución ha perdido la dinámica necesaria para que la prestación de los servicios sea fluida y oportuna.

La injerencia del nivel político en aspectos técnicos le ha restado a las gerencias capacidad de decisión. Esto le ha creado a la estructura gerencial, un vacío de autoridad que impide la toma de decisiones rápida y oportuna, contribuyendo con ello a la pérdida de la direccionalidad institucional.

Todo lo anteriormente señalado, contribuye a que el nivel regional no tenga la autonomía necesaria para conducir sus programas. La sede central decide en multitud de aspectos por las regiones, limitando su capacidad de conducción aun en asuntos de carácter operativo.

Las prácticas administrativas actuales son obsoletas: los ejecutivos de la Caja no utilizan la información para la toma de decisiones; no existe un plan de desarrollo estratégico institucional; el control y la evaluación no son instrumentos de administración de uso ordinario; la investigación social y administrativa no son actividades frecuentes que permitan inducir al cambio; y finalmente, los usuarios no son actores participantes en el proceso de toma de decisiones institucionales.

La falta de capacidad gerencial de los ejecutivos de la C.C.S.S. influye en buena medida, para que esta situación señalada anteriormente se mantenga.

Por otra parte, con el objeto de consolidar los cambios ocurridos en 1978, se requirió la realización de grandes inversiones en equipo, mobiliario y construcción de instalaciones físicas. A su vez, el aumento en el número de empleados elevó el costo de los servicios personales como consecuencia del equiparamiento de escalas salariales y de otros beneficios logrados por los trabajadores.

En la década en estudio, se ha observado que la crisis provocada por el aumento de los gastos, se ha agudizado al estremo que, para el Seguro de Enfermedad y Maternidad en 1991, la relación ingresos / egresos será negativa; y para el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, un fenómeno similar ocurrirá en 1993, a pesar de las reformas hechas en cuanto al aumento de la edad de retiro.

Los programas de extensión de cobertura, así como de integración con el Ministerio de Salud, han puesto de relieve la ausencia de una política integral nacional en el campo de la salud, que establezca lineamientos claros en el área de la prevención, la rehabilitación, la promoción y la curación. En síntesis, falta una visión de sistema para la organización de los servicios de salud a la población.

Por otra parte, las relaciones Caja-INS se han mantenido estáticas en los últimos años, sin tomar en cuenta que los riesgos profesionales son un seguro social y que la población usuaria es la misma para ambas entidades. Factores de orden político han impedido revertir esta situación.

Preocupa la posición asumida por el Ministerio de Salud en los últimos años en cuanto a la orientación y conducción de la salud en el país. El hecho de que el Ministerio administre programas operativos hace que se descuide la orientación general del sector, lo que ha influido en alguna medida en el desarrollo organizativo que ha tenido la Caja en los últimos años. Al no funcionar el Sector Salud como tal, por falta de orientación y de dirección, la Caja ha tenido que asumir su propio desarrollo con las consecuencias de carácter organizacional descritas en páginas anteriores.

Todo lo anteriormente expuesto hace concluir a esta Comisión, que la C.C.S.S. cumple parcialmente con los objetivos institucionales, de acuerdo a las limitaciones de orden interno (organización) y externo (entorno), que han sido señalados a lo largo de esta evaluación."

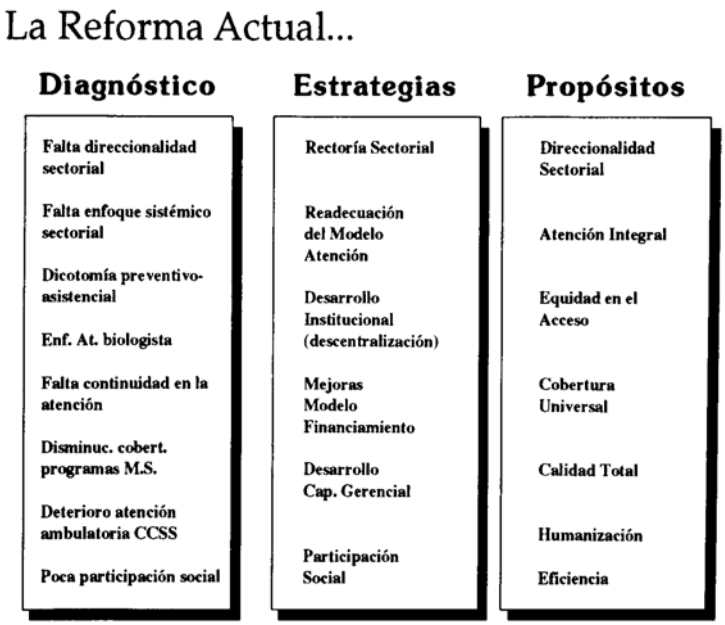
Junto a este informe, merece señalarse especialmente la identificación de problemas muy concretos que afectan a los sistemas administrativos.

Estos problemas serían los siguientes:

a. Ausencia de políticas de desarrollo.
b. Ausencia de planes de desarrollo concretos.

c. Centralización de actividades en sede.
d. Soluciones contigenciales a problemas estructurales.
e. Recurso humano con baja capacitación.
f. Marco legal rígido y restringido. Subordinación a políticas o reglamentación externa.
g. Limitación o agotamiento de los recursos.
h. Exceso de trámites y procedimientos.
i. Falta de control y evaluación programática.
j. Elevados costos de operación.

Todos estos problemas han tenido una mayor o menor repercusión en los sistemas de recursos humanos, materiales, físicos, presupuesto, informático y de capacitación, tocando así áreas críticas de la institución. Con estos antecedentes, resulta entonces imperativo el planteamiento de un Proyecto de Reforma del Sector Salud, con un componente importante de fortalecimiento institucional (esquema 3).




Cuadro 3

El Proyecto de Reforma del Sector Salud busca corregir y mejorar la capacidad operativa de las instituciones del Sector Salud e introducir modificaciones profundas al modelo de prestación de servicios de salud y su financiamiento, y a la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Por tanto, representa un amplio proceso de desarrollo institucional a nivel sectorial, el cual tiene como propósito garantizar el ejercicio de la rectoría del Sector por parte del Ministerio de Salud y la adopción de un enfoque de atención integral y continua de la salud de las personas y el ambiente, a partir de la ejecución de un conjunto articulado de reformas políticas, institucionales y operacionales en la prestación de los servicios de salud, todo con el fin de fortalecer la capacidad de dirección y planeación sectorial y mejorar la cobertura, la accesibilidad, la oportunidad, la calidad y el ámbito de operación de lo servicios de salud, acorde con las necesidades de la población y en función de las condiciones económicas del país.

Los propósitos anteriores se lograrán mediante el desarrollo y la ejecución de los siguientes componentes del Proyecto:

1. Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud.
2. Readecuación del Modelo de Atención.
3. Fortalecimiento Institucional de la CCSS.
4. Financiamiento.
5. Sistema de Información.
6. Sistema de Suministros.
7. Capacitación y Formación.
8. Fortalecimiento Institucional de INCIENSA

El Proyecto es financiado mediante el aporte de recursos nacionales complementados con aportes de diversas fuentes de financiamiento externo provenientes de organismos de cooperación técnica y financiera y de gobiernos amigos, dentro de las que cabe destacar las siguientes:

Banco Interamericano de Desarrollo: financia el 70% del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, con un costo total de US$60 millones. Este programa contempla los componentes de Desarrollo Institucional en lo que toca al fortalecimiento del Ministerio de Salud y su rectoría, e

inversiones en infraestructura de servicios de salud dentro de las que se incluyen la construcción del nuevo hospital regional de la provincia de Alajuela y la construcción, ampliación o remodelación de 130 centros y puestos de salud del nivel ambulatorio pertenecientes a las regiones Chorotega, Brunca, Huetar Norte y Pacífico Central.

Banco Centroamericano de Integración Económica: financia un paquete de inversiones e infraestructura de servicios de salud tales como obra civil, equipamiento y equipo móvil, por un total de US$12 millones (el 33% lo aporta el país), orientado a fortalecer la red de servicios de salud de la Región Huetar Atlántica.

Una licitación internacional con financiamiento externo, por un monto aproximado de US$30 millones de dólares, con el fin de financiar la adquisición de equipamiento médico para fortalecer la red de servicios hospitalarios.

Agencia Sueca de Cooperación Internacional: posee una línea de cooperación técnica no reembolsable, con el fin de apoyar los procesos de descentralización de la C.C.S.S. (Proyecto APRODES).

Organización Panamericana de la Salud OPS-OMS: con una amplia participación en los procesos de ejecución de diferentes proyectos y relacionados con la reforma del Sector y otros, mediante aportes específicos en recursos de cooperación técnica y logística.

Banco Mundial: financia el Proyecto de Reforma del Sector salud-C.C.S.S. (con igual nombre), con un costo aproximado de US$32 millones (el 30% lo aporta el país). Este proyecto contempla la ejecución de un conjunto de componentes orientados al fortalecimiento y desarrollo institucional de la C.C.S.S, la readecuación del modelo de atención en salud, la revisión y mejoramiento del sistema de financiamiento, la creación de un Fondo Nacional de Formación y Capacitación en Salud y el Fortalecimiento Institucional del INCIENSA.

# 1. Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud

El objetivo de este componente del proyecto es el de fortalecer la función rectora del Ministerio de Salud y contribuir a garantizar los principios fundamentales de universalidad y de solidaridad en el financiamiento, de integralidad en la prestación de los servicios de salud a las personas y de equidad en el acceso a los mismos.

Esta función rectora se hará operativa mediante el desarrollo de las funciones estratégicas de:

- dirección, coordinación y conducción;
- vigilancia y planificación de la salud;
- regulación, control y evaluación;
- investigación y desarrollo tecnológico.

Por su gran trascendencia política y social, el Ministerio de Salud desarrollará los programas de:

- alimentación y nutrición;
- salud ambiental;
- promoción social de la salud.

Ante la urgencia de instrumentar cuanto antes los propósitos del Proyecto, se dispuso entrar en la fase de ejecución; para ello, se constituyó la unidad técnica ejecutora del componente Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud, como unidad técnica adscrita a la Unidad Ejecutora del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud.

Se ha avanzado en la ejecución del subcomponente de Desarrollo de las Funciones Estratégicas del Ministerio de Salud, que comprende el diseño del perfil funcional del nuevo Ministerio de Salud, así como también, en lo que respecta al desarrollo del perfil estructural, los cuales contienen la definición de la misión institucional, sus funciones estratégicas, el rol de las instituciones del Sector Salud con el Ministerio rector, los mecanismos de relación entre ella y los productos esperados del ejercicio de la rectoría por nivel de gestión, como marco de referencia para el planteamiento de los requerimientos de organización del Ministerio de Salud y,

en general, de su perfil estructural.

El ámbito y el quehacer del Ministerio de Salud, en su función política de rectoría, quedan claramente delimitados, entendida ésta como la responsabilidad que se le asigna para dirigir, conducir, vigilar, regular e investigar el desarrollo de salud y el modelo de atención. Por tanto, las acciones de las instituciones públicas, privadas y no estatales, así como las personas individuales que están relacionadas con la Salud en el país, se regirán a partir de las políticas, programas sectoriales y normas que emita el Ministerio de Salud.

La organización y la gestión del Ministerio de Salud deberá ser lo suficientemente flexible, para que el ejercicio de la rectoría se dé en una forma desconcentrada, manteniendo los principios de centralización política y desconcentración administrativa.

La Salud, el Modelo de Atención, los diferentes actores sociales que conforman el Sector Salud y el grado de descentralización alcanzado por las instituciones, se convierten en los elementos sobre los cuales recaerá directamente la acción rectora del Ministerio de Salud.

## 2. Readecuación del Modelo de Atención

Costa Rica ha sido uno de los pocos países latinoamericanos que ha tenido éxito en el desarrollo de un Sistema Nacional de Salud, con niveles aceptables de universalidad, solidaridad y equidad en la prestación de los servicios, así como en cuanto al impacto obtenido en el mejoramiento del nivel de salud de la población.

Todo esto se logró especialmente con las reformas y la estrategia de atención primaria adoptada en la década de los años 70 y parte de los 80, donde se desarrolló una modalidad de atención basada en la prevención de la enfermedad, atacando los factores de riesgo y desarrollando una movilización y organización de los recursos, para extender la cobertura de servicios a las áreas rurales y marginales urbanas.

En la consolidación de este sistema el país ha invertido grandes recursos, que empezaron a sufrir recortes significativos con la agudización de la crisis económica que enfrentó el país en la década de los 80.

Tanto la Caja Costarricense de Seguro Social como el Ministerio de Salud se vieron obligados a reducir sus gastos, aumentar la eficiencia y eficacia de sus programas, y a replantearse los modelos de administración y prestación de los servicios.

Los cambios en el contexto internacional y nacional tanto en lo socioeconómico, como en la situación de salud, exigen que los servicios se adecuen al nuevo orden, fundamentado en tres hechos importantes: a) la decisión política de impulsar una reforma del Estado y, dentro de ella, la del Sector Salud; b) los cambios cuantitativos en la demanda, que han rebasado la capacidad de respuesta del Sistema de Salud; c) los cambios cualitativos en la demanda, caracterizados fundamentalmente por un nuevo perfil de morbimortalidad.

Dentro de esa reforma, ocupa un lugar primordial y aglutinador el desarrollo de un Modelo de Atención Integral, que logre de una manera eficiente, eficaz y humanizada, hacer frente a las exigencias y nuevas necesidades de salud de la población, a un costo que el país pueda sostener, con un nuevo enfoque y fortaleciendo los principios que sustentan la Seguridad Social.

La propuesta de Readecuación del Modelo de Atención debe ser vista, analizada y entendida, dentro del marco general y de los cambios específicos que plantean los demás componentes del Proyecto de Reforma del Sector Salud, especialmente el de "Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud", el de "Fortalecimiento lnstitucional de la C.C.S.S.", el de "Financiamiento del Sistema Nacional de Salud", y el de "Modelo General de Asignación de Recursos y de Compra de Servicios de Salud y Evaluación de Alternativas de Gestión y Atención a la Salud".

## Readecuación y Fortalecimiento del Modelo de Atención

Durante la década de los ochentas se evidenció una crisis en relación con la respuesta del actual modelo de atención, a las demandas presentes y futuras de la población, de acuerdo con la compleja problemática que relaciona la coexistencia de diversos patrones de morbilidad y a un nuevo concepto de

salud, que evolucionó hasta incluir el desarrollo social y psicológico de las personas y las comunidades.

El modelo planteado tiene como eje central la atención integral y pretende garantizar a todos los costarricenses, bajo un concepto de universalidad y solidaridad, el derecho a la atención básica, para protegerlo del riesgo de enfermar, así corno para facilitarle las condiciones básicas, para el pleno desarrollo de sus potencialidades y el logro de sus aspiraciones.

Existen aspectos que deben fortalecerse, como son la equidad y la eficiencia. Hay necesidad de incursionar en nuevos temas como la asignación de responsabilidad programática, administrativa y financiera a nivel local; a la vez, se requiere concientizar al individuo, la familia y la comunidad, sobre su cuota de responsabilidades en relación con su salud, manteniendo el Estado el compromiso de canalizar los recursos necesarios.

## Principios del Nuevo Modelo

El modelo de atención propuesto pretende mantener y fortalecer los principios que han privado en la prestación de servicios de salud, como reconocimiento a su logro social, incorporado como un derecho en todos y cada uno de los costarricenses.

### Universalidad

El Sistema Nacional de Salud (S.N.S.) deberá cubrir y proteger a todos los ciudadanos, con sus servicios de atención a las personas y al ambiente, de manera integral, incorporándolos al Sistema con plenos derechos y deberes, y sin limitaciones geográficas, sociales, económicas o culturales.

Dicha protección deberá comprender, como mínimo, los servicios de promoción y prevención que actualmente presta el Ministerio de Salud, los beneficios del Régimen de Enfermedad y Maternidad y del Régimen de Riesgos de Trabajo.

Para hacer efectivo este principio, se deberán mejorar la accesibilidad, cobertura, oportunidad, eficiencia y calidad de los servicios que reciben los ciudadanos en cualquier rincón del país.

### Solidaridad

El modelo readecuado será altamente solidario. Para ello, se deberá decretar la obligatoriedad de los seguros sociales (regímenes de Enfermedad y Maternidad y Riesgos del Trabajo), para toda la población nacional.

Por otra parte, también será necesario implementar sistemas eficientes, para el control de la evasión y subcotización, hasta lograr que los costarricenses contribuyan de acuerdo con su nivel de ingreso real.

### Equidad

Constituirá un elemento esencial del Modelo Readecuado de Atención y estará íntimamente relacionado con el cumplimiento cabal de los principios de universalidad y solidaridad.

Desde el ángulo moral y ético que plantea este principio, se pondrá énfasis en alcanzar dos metas importantes:

a. Reducir las diferencias existentes en los niveles de salud, entre las distintas regiones y grupos de la población nacional, que puedan ser evitadas o minimizadas con la intervención del Sistema.

b. Asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención integral de la salud, oportuna, eficiente y de buena calidad, para iguales necesidades de los usuarios.

## Características Generales del Modelo de Atención Propuesto

### Integridad, continuidad y sujeto de la atención

El Modelo se caracterizará por un enfoque biosicosocial del proceso salud enfermedad; por una atención integral y continua de la salud de las personas y el ambiente, con énfasis en las acciones de promoción y prevención fundamentada en la estrategia de atención primaria.

El sujeto de la atención dejará de ser exclusivamente el individuo, para dirigirla principalmente, a la familia, la comunidad y el ambiente.

Esta integralidad se concreta en el primer nivel de atención, por medio de una oferta de servicios básicos integrales, los que se brindarán por medio del Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS) y del Equipo de Apoyo.

### Posibilidad de elecciones del usuario

Como se ha mencionado, en el sistema actual, la posibilidad del usuario de elegir el personal de salud y lugar de la atención, es prácticamente nula.

El Modelo de Atención debe tener como uno de sus objetivos fundamentales, garantizar una mayor libertad del usuario.

Si bien es cierto no se considera posible que a corto y mediano plazo, el Sistema ofrezca una libertad plena en este campo, sí es factible ampliar esa posiblidad, por medio de una modificación de las normas administrativas actuales, del sistema de afiliación, del sistema de contratación de los profesionales y técnicos, y, especialmente, del desarrollo de nuevas modalidades de atención o prestación de los servicios ambulatorios y hospitalarios.

Dentro de las disposiciones y alternativas por implementar se encuentran:

**a. EN UNA PRIMERA ETAPA:**

- Elección del médico general o de cabecera: Toda persona podrá escoger dentro de la lista de médicos generales del Area de Salud en la cual resida.

Además, el Sistema fortalecerá y ampliará las modalidades complementarias de atención (Medicina Mixta y Medicina de Empresa), para aquellas personas que no quieran acudir a los servicios ambulatorios de la C.C.S.S.

**b. EN UNA SEGUNDA ETAPA:**

- Elección del médico especialista y de los servicios de apoyo.

## Participación Social

El modelo readecuado de atención propiciará un cambio de actitud de la sociedad, con respecto a la salud, en donde ésta deje de ser un problema eminentemente individual, para convertirse en una situación colectiva, siendo responsabilidad de todos el mantenerla, preservarla y mejorarla.

En este contexto, la participación social será ampliamente promovida, para construir juntos algo que atañe a todos.

Se visualizan tres áreas importantes en donde se puede materializar esta participación, a saber: en el autocuidado de la salud, en la ejecución de actividades y en la gestión de los servicios.

La responsabilidad de promover e impulsar la participación social será competencia de la Dirección y Equipo de Salud del Area de Salud, quienes tendrán amplia libertad de incorporar e incentivar a las asociaciones de desarrollo u otras organizaciones que considere conveniente, para que participen activamente junto a los funcionarios de Salud, al menos en las tres áreas indicadas anteriormente, como también a definir los mecanismos más adecuados que garanticen la continuidad de esta participación.

## Sistema de Información

Para asegurar el desarrollo exitoso del Nuevo Modelo, se requirá contar con un "Sistema Nacional de Información en Salud", unificado, sectorial normativamente desconcentrado, que brinde información oportuna y confiable.

El desarrollo de este sistema es materia de uno de los componentes del Proyecto de Reforma del Sector Salud.

## Sistema de Garantía de la Calidad

El concepto de garantía de calidad significa asegurar que las condiciones bajo las cuales se brinda la atención de la salud, son las propicias para lograr que el usuario de los servicios reciba el máximo beneficio al menor riesgo y costo. Dicho de otra manera, que reciba una atención de calidad total.

Es indudable que el reto fundamental de los servicios de salud en Costa Rica no es el de aumentar su cobertura, sino garantizar la calidad de la atención que prestan.

Se considera que la mayoría de los cambios que intro-

duce el Modelo readecuado están orientados a mejorar la calidad de los servicios; sin embargo, se debe diseñar e implantar un sistema que permita garantizarla, sobre la base de criterios predeterminados de racionalidad lógico-científica, oportunidad, suficiencia, integralidad, continuidad y atención personalizada.

A nivel local, la unidad administrativa correspondiente, dirección local, sería la encargada de la gestión de los recursos, con la responsabilidad de administrar el otorgamiento de los servicios incluidos en la oferta de servicios básicos integrales. Las funciones de presupuestación, ejecución y evaluación corresponderán al nivel local regional y central.

## El Proceso de Planificación de los Servicios de Salud

La planificación deberá transformarse en un proceso integral y participativo, que involucre a todos los actores sociales y a los niveles administrativos, cada uno de ellos con ámbitos de responsabilidad bien definidos. Deberá poseer, además, un enfoque estratégico tal, que permita identificar prioridades, actuar sobre ellas y evaluar los resultados específicos; además, que subordine los objetivos inmediatos a los de mediano y largo plazo.

Se requiere que la planificación sea flexible y adaptable a cada realidad local, que se desarrollen las tecnologías y los instrumentos necesarios, para que pueda ser asumida por los niveles regional y local, en sus respectivas áreas de competencia, transformándose en la base de la formulación presupuestaria.

La planificación en el modelo de atención propuesto debe incluir al menos los componentes de diagnóstico, priorización de problemas, identificación de sus factores condicionantes, diseño y costeo de alternativas de solución, presupuestación, análisis de menor costo y de costo-efectividad. También es preciso incluir en ese proceso la monitoría, control y evaluación de la gestión que involucren aspectos como la producción, el rendimiento, la satisfacción, la calidad y el impacto de los programas.

## Descentralización Administrativa

Como requisito para el desarrollo del modelo de atención propuesto, es necesario impulsar un agresivo proceso de descentralización administrativa, variable indispensable para poder lograr un fortalecimiento del aparato de gestión y, por lo tanto, una mejor administración de los servicios de salud a nivel sectorial.

## Regionalización

Para efectos del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, el país se dividirá en varias regiones administrativas, las cuales, a diferencia de lo que sucede en la actualidad, concordarán geográficamente. Para ello se sugiere adoptar la división regional de MIDEPLAN.

### A. División Regional

Cada región se dividirá en Areas de Salud, con base en la división político administrativa del país.

Cada una de estas unidades geográficas estará constituida por uno o varios sectores, y tendrán una población promedio del 15 mil a 40 mil habitantes en zonas rurales y de 30 mil a 60 mil en zonas urbanas. Hasta donde sea posible, se respetará la división cantonal del país.

Para efectos del Sistema Nacional de Salud, estas áreas serán la base geográfica de los Sistemas Locales de Salud (SILOS).

Dichas áreas serán la sede de las direcciones locales de salud, unidades administrativas básicas. Estas unidades estarán a cargo de un director o gerente y de un equipo técnico y administrativo, que tendrán bajo su responsabilidad toda la red local de servicios de atención a las personas.

### B. Sistemas Locales de Salud

Todas las instituciones del Sector que ejecuten programas en un Area de Salud, deberán coordinar e integrar esfuerzos y recursos, para conformar un verdadero Sistema Local de Salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, con participación activa de todos los sectores sociales que intervienen directa e indirectamente en el desarrollo de los programas de salud en este nivel.

# Niveles de atención

## Primer nivel de atención

Deberá ofrecer los servicios básicos de salud, cuyos proveedores serán los que confirman el Equipo Básico de Atención Integral. Estos servicios se ofrecerán a nivel domiciliario, comunitario, en establecimientos educativos, en las consultas externas de medicina general de clínicas, en centros y puestos de salud, en consultorios comunales públicos y privados, así como en centros de trabajo.

Los establecimientos típicos de este nivel de atención serán puestos de salud y las clínicas de atención integral tipo 1, 2 y 3, como también la consulta de medicina general y de las clínicas tipo 4 y de los hospitales periféricos y regionales. Los actuales centros de salud funcionarán como clínicas de atención integral tipo 1 y 2.

## Segundo nivel de atención

Brindará apoyo al anterior, ofreciendo intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas; (medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, psiquiatría y cirugía general, pero adicionalmente de algunas subespecialidades como neonatología, otorrinolaringología, ortopedia, cardiología, dermatología, oftalmología u otras, según el perfil epidemiológico de la población. Los hospitales que corresponden a este nivel de atención contarán con quirófanos dotados del personal y del equipo idóneos para realizar cirugía mayor poco compleja. Los establecimientos típicos de este nivel serán las clínicas 4 y los hospitales periféricos 1, 2 y 3.

## Tercer nivel de atención

Proveerá servicios ambulatorios y de internamiento en toda las demás subespecialidades, como son gastroenterología, endocrinología, alergología, urología, vascular periférico, hematología, nefrología, infectología, neurología y fisiatría, además de intervenciones más complejas en las especialidades.

y subespecialidades incluidas en el nivel anterior. También brindará servicios de apoyo, diagnóstico y terapeútico, que requieren de alta tecnología y grado de especialización, según nivel de complejidad. Los establecimientos típicos son los hospitales regionales y nacionales generales o especializados.

### Forma de entrega de los servicios

En el modelo readecuado de atención, la entrega de los servicios se realizará en la rede pública de establecimientos, eliminando las duplicidades existentes, y mediante el uso racional de todo el recurso físico, humano y tecnológico de que dispone el país.

Lo anterior implica, entre otras cosas, ofrecerle a los usuarios nuevas opciones de atención, y, a nivel administrativo, modalidades de gestión de los servicios públicos, las cuales se desarrollan en otro componente del Proyecto.

### Programas Prioritarios

Teniendo como base la situación de Salud del país, se definieron doce prioridades nacionales que se detallan a continuación:

Problemas o necesidades de atención relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, afecciones del período perinatal.

Infecciones respiratorias agudas.

Infecciones intestinales.

Hipertensión arterial, enfermedad isquémica y enfermedad cerebrovascular.

Cáncer de cérvix y cáncer de mama.

Enfermedades y trastornos mentales.

Problemas y deficiencias del desarrollo integral del niño, violencia y abuso.

Enfermedades prevenibles por vacunación.

Planificación familiar.

Problemas bucodentales.

Accidentes y envenamiento.

Tabaquismo y farmacodependencia.

Para dar respuesta a los problemas y necesidades descritas anteriormente, se ha definido un Programa de Atención Integral de Salud, que para efectos prácticos se ha subdividido en cinco programas específicos, que deben desarrollarse en forma coordinada por la red de servicios en todos los niveles de atención: Programa de Atención Integral del Niño, Programa de Atención Integral del Adolescente, Programa de Atención Integral de la Mujer, Programa de Atención Integral del Adulto, Programa de Atención Integral de la Tercera Edad y Programa de Atención al Ambiente.

Dichos programas están interrelacionados entre sí con actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, dirigidas a grupos específicos según edad y género.

Para garantizar su adecuado desarrollo, todas las actividades incluidas en ellos, deberán coordinarse y ser apoyadas por el segundo y tercer nivel de atención.

## Conformación del equipo de salud

El desarrollo de los servicios de salud alcanzado por el país por una parte, y por otra, los problemas de accesibilidad oportunidad y falta de continuidad de la atención que sufren importantes sectores de la población, especialmente en zonas rurales y urbano-marginales, así como la necesidad de un cambio en el enfoque y estrategias de atención -lo cual incluye la voluntad política de asegurarle a todos los ciudadanos el acceso a la oferta básica de servicios- , plantean la necesidad de responder, entre otras, las siguientes preguntas:

¿Qué tipo y cantidad de recurso humano en Salud está el Estado en capacidad de asignarle, como mínimo y en igualdad de condiciones, a todas las comunidades del país?

¿Cuál es el tamaño mínimo del grupo de personas al cual se le puede asignar dicho recurso?

¿Qué tipo y cantidad adicional de recurso humano es necesario para asegurar la prestación de una oferta básica integral de servicios que deberá ser compartida por grupos mayores?

Desde el punto de vista conceptual, las respuestas a las preguntas planteadas anteriormente dan como resultado la definición de un recurso mínimo que será posible asignar a grupos relativamente pequeños de la población y, por exclusión, la identificación de un recurso profesional y técnico, que deberá ser compartido por conjuntos de habitantes más numerosos.

Para denominar ambos equipos se rescatan dos términos usados en varios proyectos de atención ambulatoria, desarrollados o apoyados por las instituciones de salud del país:

Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS), el cual identifica el recurso mínimo a ser asignado a poblaciones de 3.500 a 4.000 habitantes.

Equipo de Apoyo, que denomina al conjunto de funcionarios del Area de Salud que deben ser compartidos por toda la población de esa área e, inclusive, en zonas poco pobladas, por dos o más áreas.

El conjunto total de EBAIS de un Area, más los integrantes de equipo de apoyo, será llamado Equipo de Salud. Este recurso para lograr una atención integral en sentido vertical y horizontal, será reforzado o complementado, con los equipos de salud de carácter regional o especializado (Segundo y Tercer Nivel de Atención), cuya constitución será definida durante la ejecución del componente, para lo cual se han desarrollado los términos de referencia.

## Constitución del EBAIS

Para el caso de Costa Rica, se definió como recurso humano mínimo al médico general, a la auxiliar de enfermería y al técnico de atención primaria.

La presencia del médico en el EBAIS, se definió tomando en cuenta el perfil de salud y los problemas prioritarios del país, la disponibilidad de recursos y las expectativas de la población.

Tomando en cuenta los mismos criterios y las necesidades de personal auxiliar que generará la actividad del médico (labores administrativas, curaciones, inyectables, asistencia durante procedimientos, vacunaciones, etc.), así como las experiencias nacionales en los programas de salud comunitaria y rural, desarrollados bajo las estrategias de atención primaria, se ha establecido la necesidad de que el médico esté apoyado por una auxiliar de enfermería y, al menos, por un técnico de atención primaria.

Se debe entender que lo anterior, especialmente en cuanto al número de técnicos de atención primaria, es el mínimo y constituye un promedio. Podrán existir comunidades que requieran más de un asistente o, por el contrario, que no requieran ninguno.

En cuanto a la disponibilidad actual de auxiliares de enfermería, a nivel ambulatorio, existe un número adecuado, pero no pasa lo mismo con los técnicos de atención primaria, de los cuales hay un déficit. Sin embargo, se considera que esta brecha puede ser superada a corto plazo por el sistema, a un costo muy bajo.

## Conformación del equipo de apoyo

El equipo de apoyo estará integrado por: trabajador social, nutricionista, médico de familia, enfermera general, odontólogo, farmacéutico y microbiólogo.

Al igual que le puede ocurrir con el EBAIS, el tipo y cantidad de recurso humano del Equipo de Apoyo podrá ser modificado, permanente o transitoriamente, para atender necesidades y problemas de salud específicos de una área o sector, según sus características particulares.

El paso de un modelo predominante asistencial, hacia el

modelo propuesto de atención integral y programada, que utiliza la estrategia de Atención Primaria en su más amplia y pura expresión, no se puede dar de la noche a la mañana, sino que implica generar un proceso progresivo, flexible y dinámico, de cambio en los sistemas de interactuación y en las actitudes de los miembros del equipo de salud, de las instituciones y de los usuarios.

Por tanto, y como todo proceso de cambio, se requiere que todo el desarrollo del Proyecto se acompañe de un plan de capacitación, inducción e información, dirigido a todos los sectores de cambio.

## 3. Fortalecimiento institucional de la C.C.S.S.

La formulación del componente de Fortalecimiento Institucional de la C.C.S.S. como parte del Proyecto Reforma del Sector Salud, está planteado sobre la base de producir un desarrollo de la organización institucional que le permita acompañar los procesos de cambio que, en materia de prestación de servicios de salud con un enfoque integral, debe afrontar en los próximos años.

El objetivo general de este componente es el de fortalecer y desarrollar la estructura y organización funcional de la C.C.S.S. para que pueda cumplir eficientemente la misión de la Institución, mediante una readecuación de su organización y estructura, el desarrollo de sistemas operativos y funcionales adecuados a las principales funciones institucionales y, finalmente, mediante el desarrollo de una estrategia de cambio y modernización que garantice una producción de servicios de calidad y eficiencia para la población beneficiaria.

La organización que se adopte tendrá que hacer válidos los principios filosóficos de la seguridad social que le dieron su fundamento.

- **Solidaridad:** aporte proporcional de recursos según la economía de los ciudadanos.

- **Unidad:** derecho de protección única y general para promover y preservar la salud en el marco de un funcionamiento institucional integrado.

· **Universalidad:** protección a las personas sin distinción de ninguna naturaleza, que posibilita la participación de todos los ciudadanos del país.

· **Igualdad:** trato equitativo e igualitario a todos los ciudadanos sin ningún tipo de distinción.

· **Obligatoriedad:** contribución forzosa para afrontar las consecuencias derivadas de los riesgos y para promover acciones en salud.

## Principios de la Direccionalidad

En la propuesta de fortalecimiento organizacional que requiere la Institución, para cumplir con una prestación oportuna, disponible y accesible, es necesario que se apliquen los siguientes principios generales que guiarán su transformación:

· **Eficiencia Organizacional:** utilización racional de los recursos, con énfasis en los financieros, por cuanto su comportamiento que se vislumbra para los próximos años, exige una administración sana y prudente.

· **Descentralización Administrativa:** otorgamiento de la capacidad resolutiva a nivel local, que permita la toma de decisiones para la resolución de los problemas en el mismo lugar donde éstos se presentan.

· **Atención Integral:** ejecución de programas en las áreas de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, con fundamento en una adecuada distribución de los recursos, de una clara definición de los niveles de referencia y del perfil epidemiológico.

· **Administración Integral:** planteamiento de un modelo de organización que responda sistemáticamente al proceso de administración integral, mediante la funcionalidad de los sistemas de servicios y financieros.

· **Transparencia en la Administración Financiera:** la recaudación correspondiente a cada seguro (Enfermedad y Maternidad e Invalidez, Vejez y Muerte) se empleará única y exclusivamente en los fines para los cuales fueron creados, no pudiéndose traspasar recursos entre ambos, según lo establece la Ley Constitutiva.

· **Especialización Funcional:** otorgamiento a las áreas de la nueva organización (sistemas financieros y sistemas de servicios) de una especialización y competencia que las hagan más eficientes y eficaces en su administración y prestación de los servicios, lo cual va en beneficio de la población costarricense en general.

· **Calidad Total en la Prestación de los Servicios:** el funcionamiento y la operación de la nueva organización deben responder primordialmente a una atención integral en salud, en donde la persona, al entrar al sistema, se le garantice una atención de calidad, ágil, oportuna e individualizada.

# 4. Financiamiento

El modelo de financiamiento del Sector Salud de Costa Rica contempla esencialmente la participación del Estado como patrono y como tal, de las personas, y de los empleadores. Por otro lado, los principios fundamentales que guían el seguro social de Costa Rica y en consecuencia el sistema de salud, son el de la universalidad, obligatoriedad, integralidad, igualdad y solidaridad.

El modelo de financiamiento del sector salud de Costa Rica contempla los siguientes aspectos:

- Todos los trabajadores, dependientes o independientes, contribuyen al financia miento del sistema de salud, debiendo establecerse los incentivos económicos y no económicos que permitan lograr la universalización de la cobertura contributiva.

- El Estado como tal debe financiar el costo de la salud de los indigentes con cargo preferencialmente a los impuestos generales de la nación y debe financiar, en forma subsidiaria y solidaria, las prestaciones de salud

dirigidas a las personas y orientadas esencialmente a beneficios de tipo público (programas preventivos o de nivel primario en general), y aquella parte del costo de la salud que los trabajadores más pobres no puedan financiar, lo mismo que la rectoría y demás programas a cargo del Ministerio de Salud.

- Los empleadores deben financiar una parte proporcional del costo del seguro de salud.

- Las personas, por su parte, deben contribuir en el financiamiento a través del seguro social mediante un fondo de reparto administrado solidariamente, que permita un sistema de salud integral e igualitario a todos los afiliados del seguro social. Las personas, a su vez, podrán contribuir al financiamiento mediante copagos y en función de la modalidad de atención que se use (sistema de libre elección).

En relación con el sistema cotizaciones, los parámetros del modelo actual de financiamiento establecen:

- La contribución del asalariado del 5,5% sobre su salario.

- La contribución del pensionado del 4,75% sobre su pensión.

- La contribución del independiente que va del 4,75% al 13,25% de sus ingresos.

- La cuota patronal del 9,25% sobre las remuneraciones reales de sus trabajadores.

- La cuota de los fondos de pensiones del 7,75% sobre las pensiones que otorga.

- Las contribuciones del Estado.

El esquema así definido, ha generado fuertes incentivos para evadir las cotizaciones al seguro por la vía de disminuir los niveles de renta declarados respecto a los niveles reales,

por la vía de no afiliarse a grupos de trabajadores y, en el caso de los independientes, por la vía de marginarse de dicho seguro.

Por otra parte, la Caja ha desarrollado y administra en la actualidad, un sistema de facturación que le ha permitido disponer un nivel de recaudación y de control, que requieren ser mejorados para aumentar su eficiencia, por lo cual se hace necesario efectuar una revisión integral del sistema de facturación en general, con el fin de readecuarlo y fortalecerlo.

En lo que se refiere a la asignación y administración de los recursos, se busca mejorar y evaluar los resultados de la gestión en los diferentes niveles. Es por ello que se considera necesario el establecimiento de sistemas idóneos que midan en forma oportuna la eficiencia y eficacia en el uso de los recursos.

Con el propósito de establecer y evaluar la utilización y ejecución de los recursos asignados en los diferentes establecimientos de salud y lo que debería realizarse de acuerdo con la capacidad operativa y de recursos, la Caja requiere de un sistema de costos hospitalarios y la evaluación económica de los programas de salud en las diferentes unidades, así como la evaluación económica de los diferentes servicios que se prestan a las comunidades.

Por lo tanto, y en virtud de la integración que se producirá de todas las acciones de salud dirigidas a las personas, a cargo de una única Institución (C.C.S.S.) y de que el Ministerio de Salud asumirá la rectoría del Sector y la ejecución de los programas prioritarios de Alimentación y Nutrición, Promoción Social y Protección y Mejoramiento del Ambiente Humano principalmente, se plantea un nuevo esquema de organización institucional y sectorial, el cual hace necesario generar un conjunto sistemático de modificaciones al sistema de financiamiento, que permitan asegurar el equilibrio financiero de mediano y largo plazo, de conformidad con los principios que debe observar nuestro sistema de seguridad social.

Para alcanzar los propósitos antes mencionados, se ha considerado apropiado integrar todas las acciones en los siguientes cinco subcomponentes:

1. Rediseño del Modelo de Financiamiento.
2. Normalización del Esquema de Contribuciones.

3. Desarrollo del Sistema para Mejorar la Eficiencia en la Recaudación.
4. Desarrollo del Sistema para Mejorar la Asignación y Administración de Recursos.
5. Desarrollo del Sistema de Costos, Estadísticas y Evaluaciones Económicas.
6. Venta de Servicios.

## Objetivo General

El objetivo general es fortalecer y mejorar el modelo de financiamiento del Sector Salud, a partir de su revisión y replanteamiento y de la ejecución de mecanismos que estimulen la afiliación universal, la reducción de la evasión y mejoren la recaudación, con el fin de lograr el equilibrio financiero del sistema de salud, de tal forma que responda a los requerimientos de un sistema estable de protección universal e integral, basado en los principios de solidaridad y equidad.

Además, se requiere la elaboración de estudios que formulen un conjunto integrado, coherente y fundamentado de propuestas de líneas de acción y medidas específicas a ser realizadas, para lograr la modernización y desarrollo de las instituciones del sector en lo referente a formas de asignación de recursos y de compra de servicios para la atención a la salud y las prestaciones en los niveles secundario y terciario. La teoría de los servicios de salud define claramente cuatro grandes funciones que deben estar presentes en un sistema de salud, a saber: disponibilidad de recursos, formas de asignación, organización de la prestación y la evaluación de la calidad. Dependiendo de la evolución histórica del sistema de cada país, estas funciones las cumplen diferentes sectores o instituciones y, en algunos casos, se combinan dentro de una misma institución u organización.

Este componente analiza lo referente a la forma en que los recursos son asignados al nivel local, tomando en cuenta la participación del nivel regional y central en el proceso, acorde también con los otros componentes del proyecto de reforma del Sector Salud costarricense; el componente surge ante la necesidad de redefinir la forma de asignar los recursos a las áreas de salud, independientemente de si éstas están

organizadas como servicios públicos, administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social o si han sido contratados a cooperativas u otro tipo de empresas a considerar en el futuro. Además, establece posibles mecanismos para que las áreas de salud adquieran servicios del sector privado accesible en su comunidad o fuera de ella, en lo referente a las servicios de apoyo y prestaciones especializadas. Entre las ventajas está el fortalecimiento del nivel local, de tal forma que éste sería el encargado del control y de la evaluación de la calidad, al existir equipos de salud responsables de áreas de población, en la que sea posible detallar las condiciones de salud y los requerimientos de atención.

El desarrollo del componente permitirá obtener suficientes instrumentos administrativos para imponer una racionalidad a un modelo de asignación de recursos o de compra de servicios que parta de una base poblacional, en el que se consigne un conjunto de prestaciones definidas para dicha población y en el que se requiera de una tarifa para la asignación presupuestaria o el pago percápita. También, explorará posibilidades en las que el nivel local pueda adquirir servicios en otro nivel de complejidad, mediante mecanismos que fomenten la eficiencia y la calidad en el nivel hospitalario.

Los términos de referencia presentados en este componente son la base de información técnica para futuras decisiones que, acorde con el desarrollo del proyecto, permitirán ir midiendo la gradualidad y la viabilidad de los cambios sugeridos.

El componente no tiene como propósito el privatizar el financiamiento de los servicios de salud, sino en cambio, diseñar una racionalidad diferente a la actual para lograr una mejor prestación de los servicios mediante elementos que incentiven el uso de los recursos, la equidad en la accesibilidad y la oportunidad de la atención y en el mejoramiento de la calidad de la atención. Sí se trata de una propuesta realista que abre posibilidades al sector privado, para que, sobre bases de eficiencia, pueda colaborar en la prestación más que antagonizar al sistema público, siempre sobre la base de los principios de la seguridad social. Además, intenta, mediante mecanismos de asignación de recursos de acuerdo con una población determinada a una área geográfica y partiendo de un conjunto de prestaciones, el contar con recursos para que entes

públicos o privados puedan ofrecer las prestaciones. En síntesis, en conjunto con la propuesta de readecuación del modelo, este componente permitirá centrar la gestión de los recursos en las áreas de salud, y con la participación del nivel regional y central, tendrá suficientes elementos para garantizar la calidad y la equidad, principios que deberán garantizarse, al fortalecer y desarrollar la capacidad técnica institucional en la evalución y la aplicación de incentivos económicos y extraeconómicos encaminados a lograr objetivos de mejoramiento de las condiciones de salud.

Desde el punto de vista general, el modelo de atención presenta una serie de imperfecciones en la administración y la asignación de recursos, que amenazan el mantenimiento y la futura mejora en las condiciones de atención a los problemas de salud a las que tiene acceso la población costarricense.

Como síntomas de agotamiento del enfoque tradicional de atención, conviene destacar:

1. El desfase entre la provisión de servicios de salud y las necesidades de la población.

2. La evolución reciente de los indicadores que reflejan la tendencia crítica de la situación financiera del Seguro de Enfermedad y Maternidad.

3. El incremento exponencial en el gasto por prestaciones médicas; algunas posibles explicaciones apuntan como causas a la excesiva centralización y la ineficiente administración de los recursos financieros, humanos y físicos de la red de servicios de salud.

4. No existen incentivos económicos y extraeconómicos para estimular alternativas más costo-efectivas en la gestión regional y local de la oferta de atención.

5. La asignación centralizada de los recursos financieros, según una base histórica, tiene una serie de inconvenientes, ya que genera un presupuesto que no contempla la demanda futura que debe servirse, también eterniza las ineficiencias de los servicios, por cuanto estimula el aumento innecesario del nivel de gasto, a objeto de poder postular a un financiamiento igual o superior en siguientes períodos.

6. Insuficiencia de mecanismos que permitan racionalizar la demanda de un contexto donde la ausencia de una conexión entre la cantidad de servicios demandados y sus precios, propicia excesos de demanda en todos los niveles de atención con las necesidades reales de la población y la disponibilidad de recursos presupuestarios.

7. Existencia de copagos implícitos.

8. El equilibrio del modelo, en su opción tradicional, se ha estado alcanzando por la vía de las filas de pacientes y los elevados tiempos de espera para acceder a la atención médica, con claros signos de insatisfacción por parte de la población beneficiaria.

El reconocimiento de estos síntomas claros de fallas en la operación global del sistema y el escaso margen de maniobra para cerrar sus déficits por la vía de las fuentes de financia miento, están detrás de los esfuerzos de la C.C.S.S. por introducir graduales transformaciones hacia modalidades de gestión y atención de salud más costo-efectivas.

Este claro énfasis en la eficiencia, como forma de contener el incremento de los costos de salud, se refleja en la paulatina introducción de los distintas modalidades innovadoras de atención de salud anteriormente descritas.

Precisamente, sobre los avances en la línea de un modelo óptimo general de asignación de recursos y de compra de servicios, podrán incorporarse los adecuados incentivos económicos y extraeconómicos que permitan, con independencia de su carácter público, privado o mixto, potenciar el desarrollo de las modalidades actuales y de nuevas formas organizacionales que demuestren ser más eficientes en la provisión de servicios de salud. Así, se posibilita el avance hacia una adecuada complementación de los esfuerzos públicos y privados destinados a garantizar un acceso universal y equitativo a más y mejor atención de salud para la población costarricense.

Las propuestas de cambios en el sistema de salud deberán ser orientadas por un modelo global de asignación de recursos financieros y de compra de servicios de salud que deberá definirse en el marco de este componente y que deberá ser aplicable, tanto al ámbito público como al privado.

## 5. Sistema de información

Hoy en día es sabido que desde su aparición, la introducción de la tecnología de la computación y las telecomunicaciones ha generado todo un impacto en los estilos de administración y gerencia de las organizaciones, tanto públicas como privadas, a nivel mundial. Es obvio que nuestro país no se ha escapado a esta tendencia y, al igual que en el resto de los países donde ésta se introdujo con anterioridad, se han venido haciendo bastantes esfuerzos por aprovechar al máximo sus capacidades, en aras de facilitar y sistematizar la organización, procesamiento, presentación y comunicación de información y que significó la utilización de grandes cantidades de recursos horas-hombre.

Sin embargo, el proceso de introducción de esta tecnología no ha sido fácil, por cuanto los inconvenientes que se han presentado en no pocas experiencias, superan con bastante frecuencia los beneficios esperados de éstas.

Muchas pueden ser las razones para ello. Sin embargo, podría destacarse como principal, el hecho de que la aparición de lo que hoy en día se puede llamar la Ciencia de la Administración de los Sistemas de Información, la Administración de la Tecnología de la Información, o simplemente, la Teoría sobre Sistemas de Información, comenzó a desarrollarse en un momento muy posterior a la aparición misma de la tecnología de la computación y las telecomunicaciones, lo cual produjo que muchas de las experiencias y proyectos para introducir la computadora en las organizaciones, carecieran de procesos de planificación y organización adecuados y de las previsiones técnicas y administrativas necesarias para garantizar con éxito tales proyectos. Fueron más bien estas experiencias las que brindaron los elementos necesarios para el desarrollo de la teoría sobre la administración y desarrollo de los sistemas de información, teoría que ya hoy en día posee signos importantes de madurez y desarrollo.

Casualmente, esta falta de desarrollo en la teoría sobre la administración y desarrollo de los sistemas de información, produjo una serie de fenómenos. En primer lugar, una falta de comprensión de los alcances, implicaciones y bondades de dicha tecnología por parte de los cuerpos gerenciales y

políticos de las organizaciones. En segundo lugar, una orientación de los proyectos informáticos, hacia la solución de problemas eminentemente operativos relacionados con el procesamiento de grandes volúmenes de información y la generación de reportes y salidas impresas en masa, como por ejemplo, los derivados de los sistemas de procesamiento de planillas, control de empleados, emisión de cheques, procesos contables, de facturación y otros conexos. En tercer lugar, la dificultad para la formación y capacitación de recurso humano calificado capaz de asumir el planteamiento, desarrollo, ejecución y soporte de proyectos informáticos de gran envergadura; esto último, consecuencia en buena parte de la poca madurez de la teoría que se manifestó en la ausencia académica sistemática y adecuada a los requerimientos del momento.

Por otra parte, los primeros sistemas computacionales tenían pocas capacidades de intercomunicación y de comunicación con los usuarios de los sistemas de información, lo que motivó y hasta fomentó la creación de sistemas de información centralizados basados en sistemas de procesamiento por lotes, los cuales procesaban grandes volúmenes de datos para generar reportes de formato fijo, que luego se distribuían a los usuarios. Estos reportes representaban el único contacto de los usuarios con los sistemas de procesamiento y cumplían en principio con los requerimientos de éstos.

Cabe mencionar, por otro lado, que en un principio el desarrollo organizacional de las instituciones se dio en mayor medida en los niveles centrales. Esto fomentó que los procesos de información se concibieran en forma centralizada, con modalidades de operación y comunicación verticales, orientadas a satisfacer preliminarmente las necesidades de información de este nivel.

Paulatinamente, la urbanización y el desarrollo de poblaciones fuera del Area Metropolitana, de los sistemas de transporte y de comunicaciones, produjo la necesidad de llevar los servicios de salud hasta las diferentes localidades, creando el requerimiento de dar marcha a procesos de desconcentración y descentralización de los servicios.

Ante estas políticas, la falta de una revisión de los sistemas de información con el fin de adecuar sus modalidades

de operación para que partieran y se orientan desde y hacia los niveles regionales y locales, produjo que en lo referente a las áreas administrativas, estos procesos de descentralización y desconcentración alcanzaran escaso desarrollo, en buena parte por la concepción centralista de los sistemas de información, que se convirtieron en obstáculos de éstos.

Paulatinamente, un mayor desarrollo y, a su vez, una mayor comprensión de la tecnología de la información, ha motivado un cambio en la concepción y las actitudes de los cuerpos gerenciales y políticos hacia el computador y, en general, hacia los sistemas de información basados en el uso del computador, concibiéndolo hoy en día prácticamente como una herramienta indispensable de apoyo a la organización. Más recientemente, se ha comenzado a entender su potencial como herramienta orientada a apoyar los procesos de toma de decisiones y conducción a nivel gerencial y político, aplicaciones del computador que todavía hoy en día poseen pocas experiencias. Sobra mencionar aquí la importancia potencial de los sistemas de información basados en el uso del computador, para apoyar los procesos de dirección y conducción político-técnica a nivel institucional y sectorial.

En igual forma, un mayor desarrollo tecnológico comienza a traer consigo nuevas generaciones de sistemas computacionales, con nuevas arquitecturas y capacidades de almacenamiento, procesamiento y comunicación de datos, con la introducción de sistemas multiusuario y multitarea, así como una gran evolución de los lenguajes de aplicación comienzan, en general, a permitir una mayor interacción del computador con los usuarios, aumentando la capacidad de respuesta de los sistemas computacionales ante las cada vez mayores demandas de los usuarios.

La introducción de las computadoras personales o microcomputadoras, aunado al matrimonio entre la informática y las telecomunicaciones, del cual nace la "telemática", abren este panorama, permitiendo llevar las bondades de la computación hasta todos los niveles con costos relativamente bajos, así como una mayor facilidad de comunicación entre los computadores y entre éstos y los usuarios.

No obstante, a pesar de estas optimistas expectativas, aún son grandes los resagos que en materia informática se presentan en el Sector Salud. La dispersión y desarticulación

de los datos, las inadecuadas características de calidad, cantidad, oportunidad y pertinencia de la información con que cuenta cada nivel y el escaso desarrollo de la capacidad analítica de los usuarios en los procesos de toma de decisiones gerenciales, son fiel reflejo de ello.

En el mismo sentido, son pocos los proyectos informáticos que a nivel local, se formulan y ejecutan bajo criterios científicos y racionales, y muchas veces obedecen a intenciones aisladas que no responden a procesos sistemáticos debidamente apoyados técnica y financieramente a nivel institucional y sectorial. En otros casos, se conciben proyectos coherentes y debidamente financiados que, sin embargo, carecen de una articulación con los sistemas institucionales o con enfoques sectoriales.

Es fácil entender las razones por las cuales los sistemas de información en salud carecen en la actualidad de las características idóneas que les permitan constituirse en verdaderos sistemas de apoyo a la gestión y toma de decisiones a nivel político, técnico y administrativo.

El proceso de informatización, hasta el día de hoy, se ha concentrado en los niveles centrales, producto en buena parte por el hecho de que en este nivel, tradicionalmente se han llevado a cabo la mayoría de los procesos operativos, los cuales han demandado el procesamiento de grandes volúmenes de información para usos administrativos, propiciando una concentración de recursos informáticos, a nivel central, situación que se presenta tanto en la C.C.S.S. como en el Ministerio de Salud.

Lo anterior sugiere la necesidad de promover un proceso de desconcentración de los recursos informáticos, el cual debe entenderse como un proceso de informatización a nivel regional y local para darle viabilidad operativa y técnica a los procesos de descentralización de los servicios en general, y garantizar la capacidad de los niveles regionales y locales para conducir sus propios procesos de gestión y toma de decisiones.

Esta necesidad de llevar los recursos informáticos hasta los niveles regionales y locales, enmarcado dentro de un proceso de reforma sectorial que le permita al Ministerio de Salud ejercer su función rectora y, a la C.C.S.S., ejecutar la función prestadora de servicios de atención a la salud, sugieren la incuestionable necesidad de impulsar un proceso de

desarrollo de un sistema de información sectorial, que brinde información con fiable, veraz y oportuna para la adecuada planeación, programación, vigilancia, monitoreo, evaluación y toma de decisiones a nivel sectorial, así como a nivel de cada una de las instituciones que componen el Sector; la administración de la red de servicios conformada por hospitales, clínicas, centros de salud, puestos de salud, equipos básicos de atención integral (EBAIS), agencias y sucursales, y la gestión local a nivel de cada unidad prestadora de servicios técnico administrativos.

### 6. Sistemas de suministros

Este componente se plantea con el fin de evaluar e implantar un sistema de suministros que contenga los mecanismos necesarios para su adecuado funcionamiento, buscando, entre otros aspectos:

- Establecer criterios que permitan mejorar la selección y normalización de los suministros.

- Proponer los ajustes necesarios para ajustar el subsistema de programación a la política de descentralización con la participación activa de los usuarios.

- Revisar la legislación, normas y procedimientos urgentes, relacionados con compras de bienes y servicios, con el objeto de agilizar el proceso de la adquisición de éstos.

- Rehabilitar las instalaciones para el almacenamiento de mercaderías propiciando ambientes adecuados al producto que se almacena.

- Diseñar un proyecto para asegurar un sistema adecuado de eliminación de desechos químicos, farmaceúticos y hospitalarios.

- Desarrollar un programa para optimizar la prescripción y designación de medicamentos y su uso racional, por parte del paciente y de la comunidad.

En lo referente al uso racional de medicamentos, se ha desarrollado un Plan de Acción, el cual está constituido por dos segmentos que se complementan y refuerzan mutuamente, y cuya implementación contribuirá para el desarrollo y consolidación de un proceso de educación y concientización de las personas envueltas en el proceso de prescripción, dispensación y uso de medicamentos.

Los dos segmentos con los cuales el Plan será desarrollado son:

1. Educación al equipo de salud, paciente y comunidad.
2. Fortalecimiento de los servicios farmaceúticos.

En ambos, las actividades y acciones propuestas para fortalecer los correspondientes servicios incluyen un proceso informativo y educativo que se extiende a los usuarios de medicamentos y a la comunidad en general.

En la elaboración del Plan, se utilizaron criterios para priorizar las actividades y acciones que, en forma efectiva y a corto plazo, permitirán contribuir en el uso racional de medicamentos de los servicios de salud, dentro de un marco de costo-eficiencia.

## 7. Fondo Nacional de Formación y Capacitación en Salud

Este componente del Proyecto de Reforma del Sector Salud, corresponde a la creación de un Fondo Nacional de Formación y Capacitación dirigido a financiar actividades de capacitación del recurso humano en todos los ámbitos y niveles del sector público de la salud. Su objetivo es el de apoyar y fortalecer los procesos de modernización y gestión, mediante el financiamiento de programas de capacitación del recurso humano en temas prioritarios, según las necesidades determinadas para el Sector. Este Fondo se capitalizará mediante aportes presupuestarios de las entidades del Sector, más recursos externos que para este fin puedan conseguirse.

Todas las instituciones, unidades y grupos profesionales y técnicos que forman parte del Sector Salud, o que responden

a los objetivos de éste, pueden optar por el financiamiento de programas de formación y capacitación por medio de este Fondo. Para hacerlo, deberán presentar proyectos detallados a una comisión establecida, que evaluará las propuestas, asignará un puntaje a cada proyecto, y con base en éste, determinará su prioridad para financiamiento. Desde este punto de vista, se trata de un fondo concursable, al cual se accede según los méritos del proyecto presentado, y sin contar con una asignación de cuotas o presupuestos fijos a determinadas áreas o unidades del Sector.

El Fondo está orientado hacia la búsqueda de una manera eficiente, objetiva y priorizada de asignar recursos, privilegiando a aquellas unidades que demuestren buena inciativa y voluntad para mejorar su competencia técnica y de gestión para brindar un mejor servicio. Se procura, al mismo tiempo, apoyar y reforzar los esfuerzos de descentralización, al brindarle a las unidades regionales y locales acceso al Fondo, garantizando que los criterios de elegibilidad que gobernarán la asignación de recursos, tomarán en cuenta variables que no permiten una determinación central de las prioridades regionales y locales.

Los proyectos que se presentan al Fondo para concursar, deben reunir algunos requisitos formales de presentación, antes de ser evaluados de acuerdo con criterios de elegibilidad.

## 8. Componente fortalecimiento institucional INCIENSA

El Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud "Dr. Uriel Badilla Fernández" (INCIENSA) es un ente adscrito al Ministerio de Salud, situado a 11 Km. de la capital, en la ciudad de Tres Ríos. La infraestructura actual del INCIENSA cuenta con múltiples servicios de laboratorio, dotados con equipos altamente especializados en las áreas de bioquímica, genética, virología, bacteriología, análisis de alimentos, inmunología, radioinmunología y biología molecular. Además, posee una biblioteca, un bioterio y un laboratiorio de informática que apoyan las investigaciones científicas. Cuenta además el Instituto con el apoyo de aproximadamente 40 profesionales

expertos en las áreas anteriormente enunciadas, con reconocido prestigio científico-técnico a nivel nacional e internacional. El INCIENSA contribuye de esta forma a la promoción de la Salud, por medio de la investigación científica y la enseñanza.

Para darle apoyo y fortalecimiento al INCIENSA, fue creada la fundación INCIENSA (FUNIN), la cual tiene como misión el promover e impulsar en Costa Rica la investigación en salud y nutrición.

El Plan Nacional de Reforma del Sector Salud indica la necesidad de establecer un Laboratorio Nacional de Referencia para la Vigilancia de la Salud en INCIENSA, redefiniendo su misión y la nueva organización de la Institución, para que ésta se desarrolle fortaleciendo principalmente su rol en las áreas de control de calidad (biológicos, laboratorios, exportaciones, importaciones) y de vigilancia de la salud. El establecimiento de un laboratorio nacional permitirá racionalizar el uso de los recursos existentes y apoyar el desarrollo de la vigilancia de la salud por ente rector.

La nueva misión de INCIENSA deberá contribuir a la vigilancia y al mejoramiento de la salud de la población, apoyando estas acciones sin absorberlas en su totalidad, ni suplantar las funciones rectoras del Ministerio. Su contribución estará centrada en el apoyo que con su capacidad científico-técnica pueda brindar al ente rector, a través del aporte de sus laboratorios, asesorías e intervenciones estratégicas que éste requiera.

Para que el Ministerio de Salud ejerza la función rectora en la vigilancia de la salud, requiere que el INCIENSA funcione como el Laboratorio Nacional de Referencia, para la identificación de programas específicos y confirmación de resultados de análisis que garanticen la salud de la población y la calidad del ambiente humano.

Además, apoyará al Ministerio en la detección de factores de riesgo (físicos, químicos, biológicos, ambientales y psico-sociales), mediante la identificación, tamizaje y análisis de éstos, suministrando así la información necesaria para la toma de decisiones al ente rector y haciendo efectiva la vigilancia de la salud.

La ejecución de intervenciones estratégicas podrá ser asumida por INCIENSA en forma directa o por delegación, en aquellas circunstancias que, por su carácter urgente o de

trascendencia política y sanitaria para el país, así lo ameriten. Esto contempla situaciones que modifican el estado de salud, un nuevo mecanismo de transmisión, necesidades de erradicación o control de un problema de salud particular y el cambio súbito en la incidencia de un problema de salud pública o del ambiente. Estas intervenciones estratégicas se llevarán a cabo a través de proyectos de investigación.

El lema de "Salud para todos en el año 2000" es una realidad hoy en nuestro país, y nuestro compromiso con el futuro debe orientarse fundamentalmente hacia la búsqueda de la calidad total en la prestación de los servicios, con el fortalecimiento de los principios de la Seguridad Social: universalidad, solidaridad, equidad, obligatoriedad y unidad.

**Cuadro 4**

## Modelo de Atención en Salud
### Principios y Características

**Atención Integral y Continua**
**Individuo, Familia, Comunidad y Ambiente**

**Regionalización**
**Creación Areas de Salud**
**Niveles de Atención definidos**
**Descentralización Administrativa**
**Planificación de acuerdo con prioridades**
**Asignación EBAIS a cada sector de población**
**Paquete básico de servicios para toda la población**
**Sistema adecuado de referencia y contrareferencia**

**Humanizado**
**Calidad y Eficiencia**
**Mayor Participación Social**
**Mayor cobertura y accesibilidad**
**Incremento en la libertad de elección**

Estamos planteando, en resumen, que el desarrollo de los servicios de salud se oriente hacia la humanización y la individualización, teniendo como unidad a la familia, hacia la atención integral, hacia la administración eficiente, descentralizada y transparente con participación de los Sistemas Locales de Salud, hacia su solidez económico-financiera y hacia la modernización de todos sus sistemas.

Si convertimos en realidad los principios de la Seguridad Social estaremos propiciando el desarrollo del hombre.

En el Concilio Vaticano II, Obispos y Cardenales, definieron lo que debe ser nuestra meta final: "Finis omnium est et esse debet persona humana". El fin de todo es y debe ser la persona humana.

"Omnium", todo, significa que todas las instituciones y todo orden social, debe estar supeditado al hombre, al servicio de la persona humana.

# Bibliografía


1. **Informe Evaluativo de la Gestión Administrativa y Programática de la Caja Costarricense de Seguro Social 1980-1990.**

2. **Sagot, Carlos E.: Plan Estratégico para el Desarrollo del Sistema Administrativo Institucional. CCSS. San José, Costa Rica, Mayo 1990.**

3. **Miranda, Guido: La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica EDNASSS-CCSS, San José, Costa Rica, 1988.**

4. **Proyecto Reforma Sector Salud-CCSS. San José, Costa Rica, Setiembre 1993.**

5. **Jiménez, Elías: Aspectos Generales sobre el Sistema de Seguridad Social de Costa Rica. San José, Costa Rica, Octubre 1990.**

6. **La Seguridad Social en Costa Rica. Serie Monografías. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México, D.F. 1993.**

7. **La Seguridad Social en Centroamérica. Consejo Centroamericano de Instituciones de Seguridad Social. EDNASSS. San José, Costa Rica, 1993.**

8. **Jiménez, Elías: Desarrollo y Seguridad Social en "La Salud como Producto Social en el Estado Moderno". OPS-San José, Costa Rica, 1993.**