CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

SAN JOSE — COSTA RICA

APORTE DE LA C.C.S.S. AL TEMA "PRESTACIONES DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN LAS AREAS RURALES"

XI ASAMBLEA GENERAL DE LA CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

MEXICO, D.F.

8 — 12 SETIEMBRE 1977

NÁRANJO V. FERNANDO
ECHANDI V. LAUREANO
VIQUEZ N. ALVARO
QUESADA S. MI. ANTONIO

INDICE

Pag.

Presentación.

CAPITULO I

Aspectos Generales del País 1

CAPITULO II

Aspectos Generales del Seguro Social Costarricense 6

2.1 Marco Legal y Constitucional 6
2.2 Marco Conceptual 7
2.3 Gradualidad y Progresividad 8
2.3.1 Enfermedad y Maternidad 8
2.3.2 Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte 18
2.3.3 Régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico 24

CAPITULO III

La Universalización de los Seguros Sociales y la extensión de los servicios médico-asistenciales a todos los habitantes y a todos los lugares del país 32

3.1 Cobertura del Seguro Social 32
3.1.1 Cobertura territorial 32
3.1.2 Cobertura de la población 34
3.1.3 Cobertura de Servicios 34
3.2 Integración de los Servicios de Salud 41
3.3 Niveles de atención de Salud 42
3.4 Sistemas Complementarios 46
3.4.1 Servicio de Inspección 46
3.4.2 Sistema de Afiliación y Recaudación 48
3.4.3 Sistema de Cobro y Verificación de Derechos 52
3.5 Programas de Inversión en obras de Infraestructura médico-hospitalaria 56
3.5.1 Objetivos Generales 56
3.5.2 Las nuevas obras 56
3.5.3 Incremento de Recursos Humanos 59
3.5.4 Programas de Cooperación Técnica 60
3.5.5 Resumen II etapa Proyecto C.C.S.S./B.I.D. 61

CAPITULO IV

Regionalización del Sistema de Salud 68

4.1 Regionalización actual 70
4.2 Nueva Regionalización 70
4.2.1 Antecedentes que sirvieron de base para la nueva Regionalización 74
4.2.2 La Regionalización aprobada 75
4.2.3 Comentarios específicos acerca de la regionalización propuesta 76

CAPITULO V

El papel de los Recursos Humanos en el Proceso de Universalización de los Seguros Sociales 80

5.1 Planificación de los Recursos Humanos 80
5.2 Recursos Humanos de la Institución 81
5.3 Políticas para el Quinquenio 1978-1982 85
5.4 Programa de Servicio Voluntario 86

CAPITULO VI

Anexos

Anexo 1: Programa de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares.

Anexo 2: Reglamento para la Extensión de los Seguros Sociales a los Trabajadores por Cuenta Propia.

Anexo 3: Instructivo para regular la prestación de Servicios y el Cobro de la atención médica a no asegurados en las Areas de Medicina Integrada.

Anexo 4: Mapa de Instalaciones Médico-Hospitalarias de la Caja Costarricense de Seguro Social.

PRESENTACION

Como aporte de la Caja Costarricense de Seguro Social al tema "Prestaciones de los sistemas de seguridad social en las áreas rurales", que será tratado en la XI Asamblea General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social a celebrarse en la ciudad de México del 8 al 12 de setiembre del año en curso, hemos elaborado el presente trabajo.

Estimamos que la puesta en práctica y el avance obtenido en el desarrollo de nuestros programas de seguridad social, en especial lo referente a universalización de los seguros sociales y a integración de servicios de salud a nivel nacional, pueden ser sometidos a la consideración y crítica de las delegaciones de los distintos países que asistirán a este importante evento internacional de la seguridad social. El objetivo esperado, con énfasis al momento de hacer la exposición correspondiente, es el de dar a conocer en forma somera parte de nuestra experiencia en el cumplimiento de la legislación constitucional y de la decisión política adoptadas para materializar y hacer realidad los programas de política social trazados por el gobierno en materia tan trascendente de desarrollo social de los pueblos. Este dar a conocer -que en si constituye el fundamental objetivo de nuestra aportación- lleva como propósito el de que esta experiencia pueda, en algún sentido coadyuvar en tareas y actividades de esta naturaleza con otros países hermanos que bregan con problemas similares. Finalmente nos interesa por supuesto recibir la crítica inteligente y constructiva de los colegas delegados que con su experiencia enriquecerán la nuestra.

El contenido del trabajo aparece esbozado en seis capítulos en los que hemos pretendido dar una visión general de la problemática. El primero da una reseña sobre aspectos generales del país; el segundo sobre el seguro social costarricense; el tercero habla de la universalización y de la extensión de los servicios médico-asistenciales a todos los habitantes y a todos los lugares del país; el cuarto se refiere a aspectos de regionalización del sistema de salud; el quinto resalta el papel de los recursos humanos en el proceso de universalización; y finalmente hemos incluido un capítulo sexto que contiene anexos de interés al tema tratado.

AVN-

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES DEL PAIS.

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES DEL PAIS

Dentro del área centroamericana ocupa Costa Rica el cuarto lugar en cuanto a extensión territorial se refiere, siendo ésta de 50.900 kilómetros cuadrados, subdividida en siete provincias : San José, Alajuela, Cartago, Puntarenas, Limón, Heredia y Guanacaste.

Nuestra población nacional estimada al presente, es de 2.072.472 - habitantes, con una densidad de treinta y nueve habitantes por kilómetro cuadrado. Distribuida en zonas rurales en un 59.4% y el 40.6% restante en zonas urbanas.

Nuestro índice actual de natalidad es de 2.6, habiéndose logrado bajar éste de manera muy sensible gracias a los programas de planificación familiar que se han venido desarrollando en el país.

Aproximadamente un 56% de la población es menor de dieciocho años un 3.8% constituye el grupo de personas mayores de 65 años. La población económicamente activa representa un 30.8% de la población total y en términos generales está compuesta por personas bastante jóvenes.

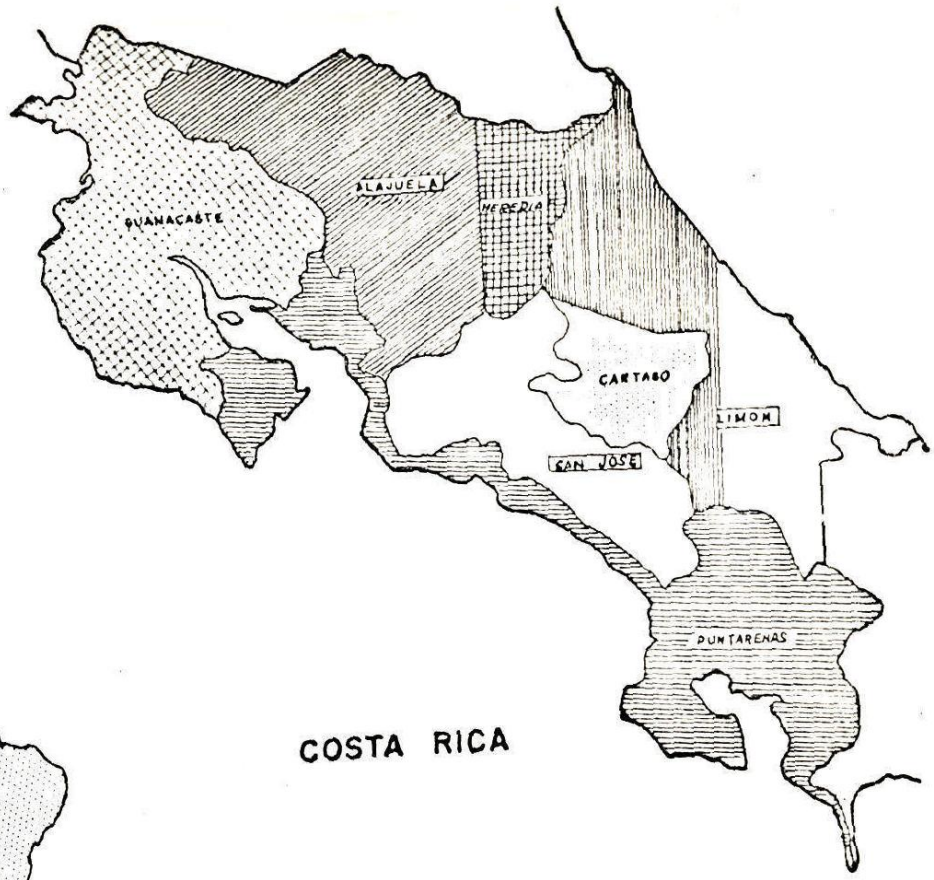
Nuestras fuentes principales de ingreso están constituidas por la agricultura y la ganadería, notándose un incremento muy sensible en los últimos tiempos, sobre todo en los sectores secundario y terciario especialmente por la existencia del mercado común centroamericano.

Nuestra forma de gobierno ha sido a lo largo de su historia tipificada por el sistema democrático. Nuestra Constitución Política de manera precisa y clara así lo establece.

A continuación se muestra a través de un mapa, la relación geográfica de Costa Rica con el resto de América y la división del país en las siete provincias que lo conforman; así como su población total distribuida en urbana y rural; las tasas brutas de mortalidad (cuadro # 1) y esperanza de vida al nacer en donde se observa, en el primer caso, como ha descendido de 12.3 a 5.7 la tasa de mortalidad en el período que va de 1950 a 1975 y cómo la esperanza de vida al nacer ha aumentado de 57.2 a 68.0 en el mismo período. Se incluye también con carácter ilustrativo en el cuadro # 2 las cifras comparativas de esperanza de vida al nacer para América Latina y otros territorios.



AMERICA



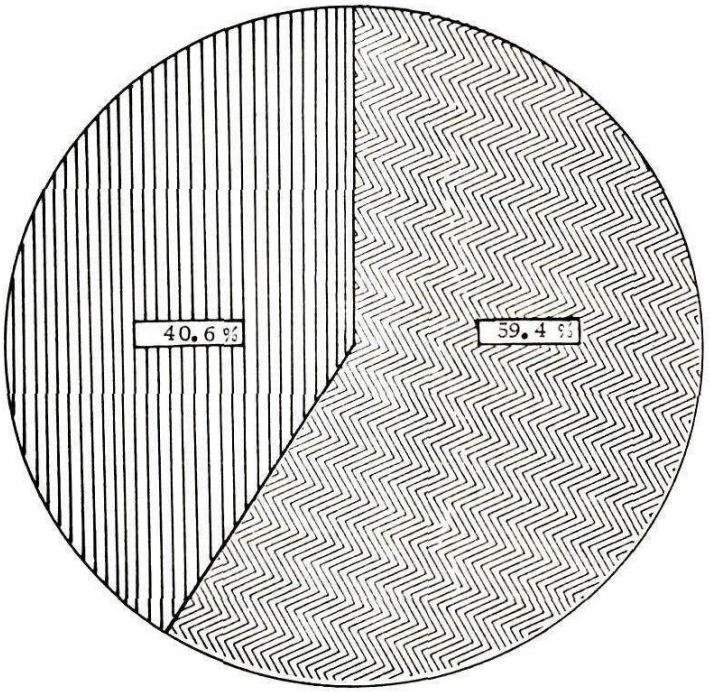
COSTA RICA

Gráfico # 1

COSTA RICA

POBLACION URBANA Y RURAL

SEGUN CENSO 1973



Población Rural

Población Urbana

CUADRO Nº 1

COSTA RICA: TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD Y ESPERANZA DE VIDA AL NACER, 1950 a 1975

Período	Tasa Bruta de mortalidad (por mil)	Porcentaje de descenso	Esperanza de vida al nacer	Ganancia en años, por año
1950 - 1955	12.35		57.26	
		13.0		0.53
1955 - 1960	10.75		60.15	
		15.6		0.57
1960 - 1965	9.07		63.02	
		20.7		0.52
1965 - 1970	7.19		65.64	
		19.9		0.49
1970 - 1975	5.76		68.08	

FUENTE: CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía)

CUADRO Nº2

AMERICA LATINA Y OTROS TERRITORIOS DE LA REGION

ESPERANZA DE VIDA AL NACER (e S)

ESTIMADAS PARA EL PERIODO 1970-1975

Países	Esperanza de vida al nacer (en años)
Argentina	68.4
Bolivia	46.8
Brasil	63.0
Colombia	60.8
Chile	63.6
Ecuador	59.6
Paraguay	61.5
Perú	62.0
Uruguay	70.1
Venezuela	66.3
Costa Rica	67.8
El Salvador	58.2
Honduras	51.4
Nicaragua	52.5
Panamá	65.8
México	64.6
Cuba	69.0
Haití	47.5
República Dominicana	47.5
Barbados	71.8
Guayana	67.2
Jamaica	70.2
Trinidad Tobago	69.3
Guadalupe	70.1
Islas Windward	67.9
Martinica	70.1
Puerto Rico	72.5
Surinam	66.7
Otras áreas a/	70.0

a/ Comprende las Antillas, Neerlandesas, Bahamas, Islas Caimán, Islas Leeward, Islas Turcas y Caicos y las Islas Vírgenes Americanas.

CAPITULO II

ASPECTOS GENERALES DEL SEGURO SOCIAL COSTARRICENSE

2.1 Marco Legal y Constitucional.
2.2 Marco Conceptual.
2.3 Gradualidad y Progresividad.
  2.3.1 Enfermedad y Maternidad.
  2.3.2 Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.
  2.3.3 Régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico.

CAPITULO II

ASPECTOS GENERALES DEL SEGURO SOCIAL COSTARRICENSE

2.1 Marco legal y constitucional .

Nuestra legislación social, sobre todo a partir de los años cuarenta ha sido bastante amplia, lo que ha permitido un avance grande en esta materia con positivo beneficio para la ciudadanía costarricense.

La primera ley que establece la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social se remonta a noviembre de 1941, constituyendo a ésta, - como Institución Autónoma encargada de la Administración de los seguros sociales obligatorios.

En la exposición de motivos del proyecto de dicha ley se hablaba ya tanto de empleados denominados particulares como públicos, ambos a ser protegidos por la institución que se creaba. La misma exposición establecía la posibilidad de incluir a los trabajadores agrícolas tan pronto como fuese posible.

Inmediatamente después de crearse los seguros sociales se incorpora a su vez a nuestra Constitución Política el capítulo de las Garantías- Sociales, con lo que se da carácter de norma constitucional al Seguro Social.

En octubre de 1943 se sustituye y deroga esa primera Ley Constitutiva, estableciéndose en su lugar la segunda ley N° 17 de 22 de octubre de 1943, señalando que la Caja se constituye como Institución Autónoma, y se deja en manos de su Junta Directiva el resolver y disponer lo que a su criterio estime como mejor para la marcha de los regímenes que se le encomienda administrar. Esta segunda ley con sus reformas es la que rige actualmente. La norma de nuestra Constitución Política respecto a la creación del Seguro Social aparece contenida en el artículo 73 de dicha ley fundamental, artículo que en lo conducente dice :

"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 éstos 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".

Podría afirmarse que el concepto de "universalización" de los seguros sociales, es el esquema jurídico básico del cual parte la extensión- de la seguridad social en Costa Rica. Dicho precepto se encuentra conte

nido en el Transitorio al artículo 177, párrafo tercero, promulgado mediante Ley N° 2738 de 12 de mayo de 1961, el cual dispone :

"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 contados a partir de la promulgación de esta reforma constitucional".

Cabe observar que en la práctica, la Entidad aseguradora tiene a su cargo dos regímenes, independientes en cuanto a estructura financiera: el seguro de Enfermedad y Maternidad (régimen de reparto simple) y el de Invalidez, Vejez y Muerte (régimen de capitalización).

2.2 Marco conceptual .

A pesar de que los fundadores del Seguro Social costarricense tuvieron en mente darle a la institución una orientación amplia y abierta a toda la población, necesariamente en sus primeras etapas dicho objetivo estuvo limitado a determinadas categorías de trabajadores asalariados, según el monto del salario, la ocupación y, además, circunscrito a determinadas jurisdicciones territoriales. Las prestaciones igualmente estuvieron restringidas.

Al respecto, es oportuno citar al Dr. Rafael A. Calderón Guardia, en cuyo período presidencial se creó la institución, quien en su mensaje remitiendo el proyecto al Congreso Constitucional, manifestó :

> "Una verdadera novedad que ofrece el proyecto de ley que presentamos es la de incluir a los empleados llamados particulares y los empleados públicos, en otros países dichas categorías de empleados tienen sus organizaciones de seguro separadas y aquí mismo en Costa Rica, en cuanto a los empleados públicos, se han dictado leyes que no siguen un plan uniforme sino que han sido adoptadas a medida que los interesados lo han solicitado.
> El plan de unificar el Seguro obedece a los modernos postulados en esta materia; se trata de un esfuerzo nacional de cooperación, que exige el aporte de todos los costarricenses en beneficio de todos los costarricenses. Hemos comprendido también en el Seguro a los trabajadores a domicilio, los aprendices, trabajadores independientes y los del servicio doméstico..." 1.

(1) Dr. Rafael A. Calderón Guardia, Mensaje al Congreso Constitucional del 14 de julio de 1941.

Desde esta perspectiva, el esfuerzo de hoy día por implantar un sistema de seguridad social cuya protección abarca todos los sectores poblacionales, con o sin capacidad contributiva, resulta consecuente con el propósito original de los fundadores de la Caja Costarricense de Seguro Social. Ver gráficos siguientes № 2 y 3 "Evolución de los Seguros Sociales en Costa Rica" y "Proceso de Universalización de los Seguros Sociales".

2.3 Gradualidad y Progresividad.

El primer seguro que se implantó en el país fue el de Enfermedad y Maternidad, en el propio año 1941. Seis años después, en 1947 se inició la aplicación del seguro de Invalidez, Vejez y Muerte. Ello se hizo así de conformidad con el artículo 57 de la Ley Constitutiva de la institución que, en aplicación a los principios de gradualidad y progresividad, concedió a la Junta Directiva de la Caja amplia libertad de acción para ir asumiendo paulatinamente y en forma compatible con los recursos disponibles la cobertura de los distintos riesgos. El proceso en cuestión se puede resumir de la siguiente forma :

2.3.1 Enfermedad y Maternidad

La extensión de este régimen, con las restricciones que se han señalado se hizo en las zonas rurales, incluyendo prácticamente desde su inicio la protección familiar a los dependientes económicamente del titular del derecho. No sucedió así en el área metropolitana de la ciudad capital, en donde se ofrecía protección únicamente al asegurado directo. De ahí que el mandato constitucional inserto en apartado 2.1 haga referencia a "la protección familiar en el régimen de Enfermedad y Maternidad". La protección familiar en el área urbana se acordó a partir de octubre de 1965.

Topes de salario excluyentes

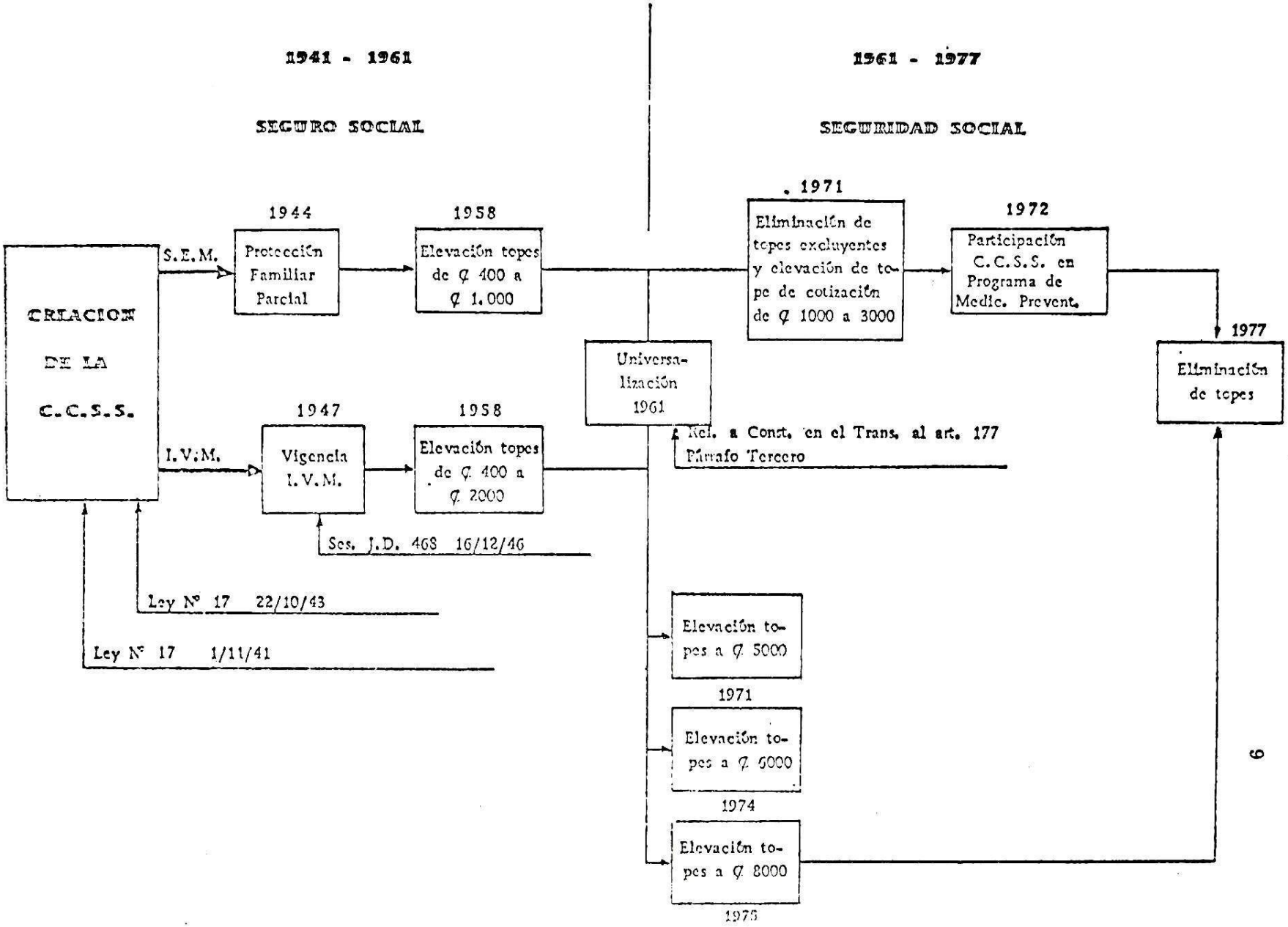
Al inicio de la aplicación de los seguros sociales en Costa Rica, se fijó un tope excluyente en razón del monto del salario, de ₡ 400.oo por mes. A partir de esa suma no era obligatorio el seguro. En 1958, se elevó ese tope excluyente a ₡ 1.000.oo en Enfermedad y Maternidad y a ₡ 2.000.oo en Invalidez, Vejez y Muerte. En 1971, se eliminaron los topes excluyentes por monto de salario, ordenando la ley (2) "que el monto de las cuotas, ... se calculará sobre el total de las remuneraciones respectivas." (ver gráfico A).

Conforme puede apreciarse, desde el punto de vista del monto de los salarios, el proceso de extensión de los seguros igualmente ha seguido el principio de aplicación gradual y progresiva.

(2) Ley N° 4750 de 26 de abril de 1971

GRAFICO 1 - 2

EVOLUCION DE LOS SEGUROS SOCIALES EN COSTA RICA



Trabajadores Independientes o por Cuenta Propia.

Tal y como se ha dicho, la protección de los trabajadores independientes o no asalariados, es un objetivo contemplado desde la primera ley constitutiva de la institución, pero tal propósito quedó plasmado como una facultad de la Junta Directiva de la Caja que nunca se ejercitó. Sin embargo a través de convenios especiales, y en forma experimental se ha venido ofreciendo el Seguro de Enfermedad y Maternidad a grupos de trabajadores independientes organizados en Cooperativas, Colegios profesionales, etc.

Por acuerdo firme de mayo de 1975, se dispuso la aplicación del régimen de Enfermedad y Maternidad en forma obligatoria para los trabajadores independientes, quedando optativo para éstos el ingreso al régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

Es de especial interés observar que como consecuencia del acuerdo citado, aumentó el número de trabajadores por cuenta propia de 5.962 en julio de 1975 a 49.777 a agosto de 1977.

Para mayor ilustración se incluye como anexo # 2 el Reglamento de Trabajadores por Cuenta Propia.

En los cuadros y gráficos siguientes se pueden apreciar algunos datos de interés general sobre el aumento progresivo en el número de camas hospitalarias y de consultas médicas durante un período que va de 1969 a 1977, así como su distribución según zonas rurales y urbana.

En el Gráfico y Cuadro números 6 pueden apreciarse una síntesis de las prestaciones que otorga el Seguro de Enfermedad y Maternidad y otros aspectos relevantes de este régimen tales como financiación, riesgos, plazos de espera, beneficios familiares, etc.

CUADRO Nº 3

TOTAL CAMAS (1969 - 1977)

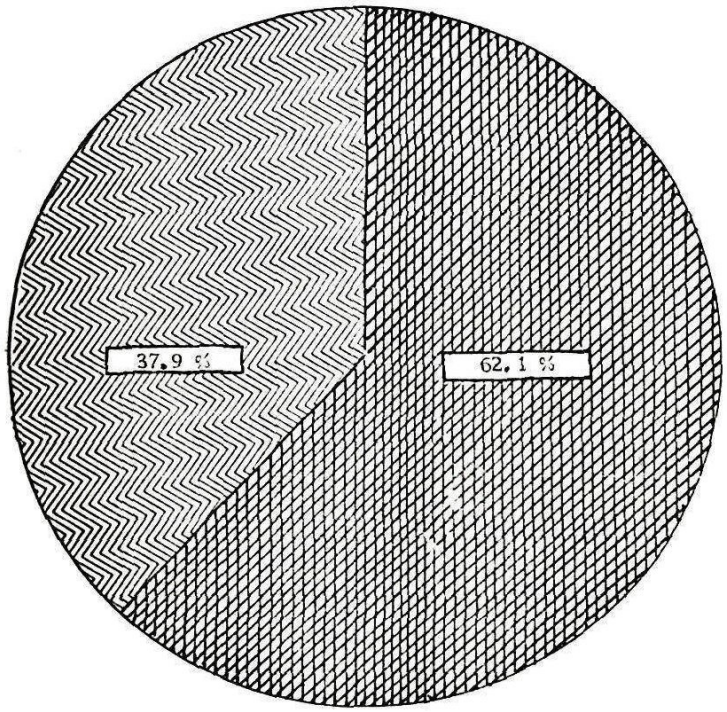
AÑO	Número Camas Existentes
1969	620
1970	1.045
1971	1.268
1972	1.368
1973	1.510
1974	1.950
1975	2.532
1976	4.083
1977 (julio)	6.786

FUENTE: Unidad de Bioestadística

GRAFICO No. 4

PROMEDIO DE CAMAS SEGUN AREA URBANA Y RURAL

AÑO 1976



Area Urbana

Area Rural

CUADRO Nº 4

TOTAL DE CONSULTAS MEDICAS

1969 - 1976

AÑO	Número Consultas Médicas
1969	2. 180. 835
1970	2. 279. 629
1971	2. 463. 068
1972	2. 888. 853
1973	3. 062. 225
1974	3. 317. 576
1975	3. 668. 976
1976	4. 270. 067

FUENTE: Unidad Bioestadística

CUADRO Nº 5

CONSULTAS Y CAMAS

SEGUN AREA GEOGRAFICA

AREA	CONSULTAS 1/		CAMAS 2/	
	Número	%	Número	%
TOTAL	4.270.067	100.00	6.865	100.00
AREA URBANA	1.789.481	41.9	4.266	62.1
Hospitales	717.112	16.8	4.266	62.1
Clínicas	1.072.369	25.1		
AREA RURAL	2.480.586	58.1	2.599	37.9
Hospitales	1.532.743	35.9	2.599	37.9
Clínicas	947.843	22.2		

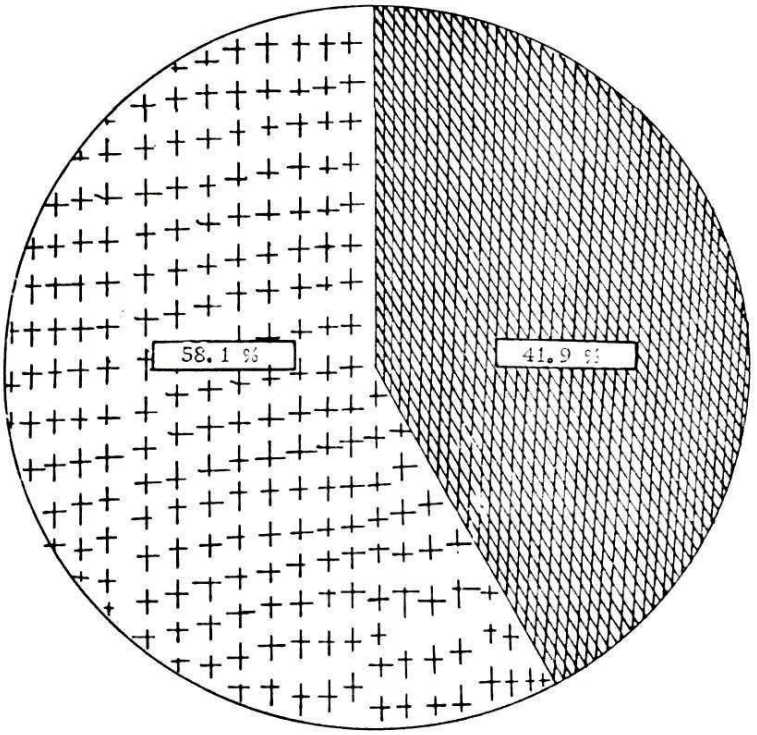
1/ Dato a diciembre de 1976

2/ Dato a julio de 1977

GRAFICO Nº 5

TOTAL DE CONSULTAS SEGUN AREA URBANA Y RURAL

AÑO 1976

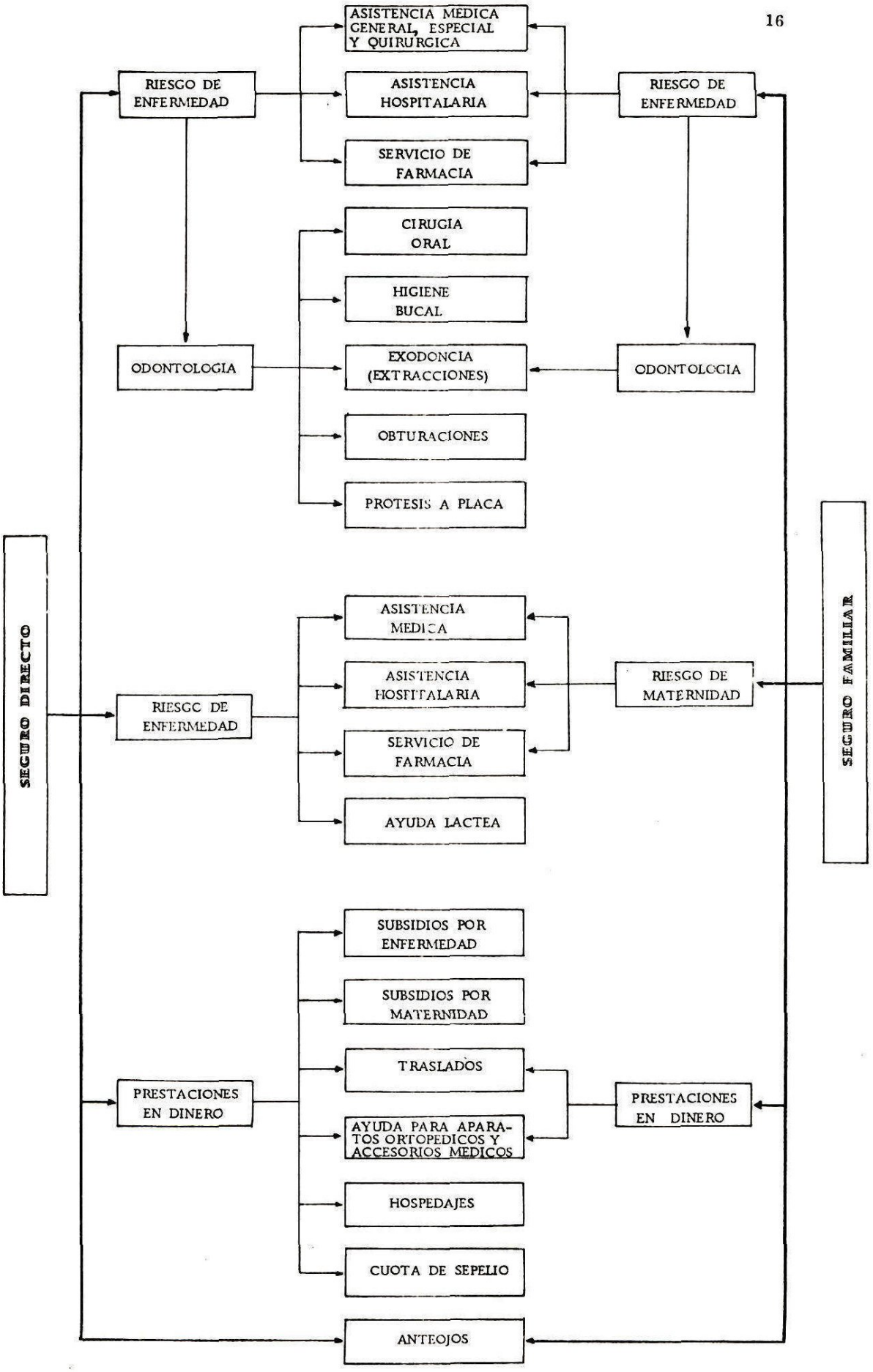


Area Urbana

Area Rural

Gráfico # 6

PRESTACIONES DEL SEGURO ENFERMEDAD Y MATERNIDAD



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

CUADRO Nº 6

SINTESIS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

FINANCIACION	RIESGO	PLAZOS DE ESPERA	PRESTACIONES EN DINERO	BENEFICIO FAMILIAR	SE CONSIDERAN FAMILIARES DEL ASEGURADO	REQUISITO PARA TENER DERECHO AL BENEFICIO FAMILIAR	EL BENEFICIO FAMILIAR NO DA DERECHO A:
El Seguro de Enfermedad y Maternidad se financia así: Contribución tripartita- patronos, trabajadores y Estado. El aporte se hace mensualmente deduciendo la cuota correspondiente de las planillas que pasan los patronos y el Estado; entregado a la Caja el patrono que está facultado para retenar a sus trabajadores la cotización establecida. Estos son los porcentajes de la cuota mensual: Patronos: 6.75% Trabajadores: 4% Estado: 0.25%	ENFERMEDAD: Asistencia médica general, especial y quirúrgica. Asistencia hospitalaria Servicio de Odontología Prestaciones Sociales Subsidios en Dinero Cuota de Sepelio	Cotización en el mes anterior a aquel en que se solicitan los servicios	En caso de incapacidades el 50% del salario con base en lo devengado por el trabajador según planillas pagadas a la Caja. Se toma para estos efectos lo que más beneficie al asegurado: el mes anterior, los dos ó tres anteriores, *según sea el caso.* -Traslados y hospedajes -Libre elección médica por emergencias -Ayuda de un 75% para el pago de accesorios médicos y aparatos ortopédicos con un máximo de ₡50.oo . -Ayuda para anteojos y lentes de contacto -Cuota de Sepelio	COMPRENDE: Asistencia médica, general, especial y quirúrgica Asistencia hospitalaria Servicio de Farmacia Traslados y hospedajes, en casos de emergencia.	- Su esposa, - Hijos menores de cualquiera de los cónyuges y los menores de padres no casados que vivan en posesión notoria de estado hasta los 18 ó 22 años si cursan *estudios de Enseñanza Media, universitaria* o técnica, todo a juicio de la Caja. - La madre natural o adoptiva - Padre mayor de 65 años o inválido - El esposo inválido que dependa económicamente de su esposa - *Los hijos inválidos sin limitaciones* de edad - Hermanos menores de 18 ó 22 años de edad que cursan estudios de Enseñanza Media, Universitaria o Técnica y sean solteros y los inválidos, sin límite de edad - *A falta de esposa, previo estudio* del caso, se otorga el beneficio a la compañera	No ejecutar trabajo asalariado y depender totalmente en lo económico del asegurado directo	- Libre elección médica - Odontología, con excepción de las extracciones que sí se hacen - Pago por cuota de sepelio - Pago por concepto de prótesis dentales - Subsidios por concepto de incapacidad
		Cotizaciones de por lo menos 3 meses en los seis anteriores al inicio de la enfermedad que motivó la muerte, o al momento en que *este se produce si no le* precedió enfermedad alguna.	Pago de ₡350.oo a quien compruebe haber hecho los gastos del sepelio				
	MATERNIDAD: *Asistencia obstétrica* Asistencia lácteo Subsidios en dinero	Cotización en tres meses dentro de los seis anteriores al parto.	Se extiende incapacidad treinta días antes y treinta días después del parto. Se paga el 50% del salario del último mes anterior a la incapacidad que se hubiere reportado en planillas a la Caja, o se hará el promedio de los últimos tres salarios, conforme le favorezca más a la asegurada.	Asistencia obstétrica para la esposa o compañera del asegurado				
		Cotización de por lo menos seis meses de los doce anteriores al parto.					

NOTA: Los asegurados que disfrutan de pensión de *Invalidez, Vejez y Muerte, Régimen no Contributivo* o cualquiera otro régimen de pensiones del Estado, no tiene derecho al cobro de subsidio alguno en casos de Enfermedad por cuanto no obstante la incapacidad, su pensión no sufre menoa. Todos los pensionados del país y sus familiares inscritos, tienen derecho al seguro de E y M, y a las prestaciones derivadas de éste.

Sección Pensiones y Subsidios

2.3.2 Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte

Objetivo:

Garantizar tanto al asegurado como a sus familiares una protección básica.

Antecedentes:

Se inició en Costa Rica en enero de 1947 con la inclusión de los empleados de los Poderes del Estado, instituciones autónomas, semi-autónomas y municipalidades que figuraban en el presupuesto. Posteriormente fue cubriendo a los demás sectores de población nacional así:

Julio de 1947 a los trabajadores en el campo administrativo de la empresa privada.

Noviembre de 1960, empleados de comercio, escuelas de enseñanza particular, consultorios profesionales y trabajadores municipales pagados por planillas de jornales.

Mayo de 1962 a los trabajadores de la industria.

Setiembre de 1968 a los trabajadores manuales ocasionales (construcción), a los pagados por planillas de jornales en Obras Públicas y los Ferrocarriles.

Julio de 1971 a todos los obreros del país en general.

Diciembre de 1973, trabajadores domésticos.

Junio de 1975 a todos los trabajadores agrícolas de la Nación.

Financiación anterior:

El Régimen desde su inicio se financió por la contribución tripartita del Estado, Patrono y trabajador con un 2.5% de los salarios ordina

rios y extraordinarios devengados por los trabajadores, sumando en total 7.5%.

Situación actual:

Puede afirmarse que la cobertura del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte cubre por completo a todos los sectores ocupacionales del país.

El monto máximo de pensión establecido es de ₡ 10.000,oo mensuales y el mínimo en pensiones completas es de ₡ 500,oo mensuales.

Financiación:

Han variado los porcentajes de contribución que se habían establecido en un principio, pero se mantiene el sistema tripartita que al presente es como sigue:

Patrono: 4.75 % de los salarios de sus trabajadores
Trabajador: 2.5 % de su salario
Estado: 0.25 % de los salarios de todos los trabajadores

Como puede observarse, continúa el mismo porcentaje de financiación inicial de 7.5 %.

Beneficios adicionales:

Todos los pensionados del Régimen disfrutan de los siguientes beneficios adicionales:

a- Asistencia médica general, especial y quirúrgica
b- Asistencia hospitalaria
c- Servicio de farmacia
d- Servicio de odontología
e- Prestaciones en dinero con excepción del pago de incapacidad, ya que por enfermedad no tienen mengua en sus ingresos.
f- Cuota de sepelio
g- Beneficio familiar que incluye lo señalado en los puntos a, b, c, d, también atención por maternidad para esposa o compañera y algunas prestaciones en dinero como: traslados, hospedajes, anteojos, prótesis y aparatos ortopédicos.

Aguinaldo:

Los pensionados del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte tienen derecho al aguinaldo que se paga en el mes de diciembre o cuando termine el derecho a pensión por cualquier motivo. Será igual a la doceava parte de las pensiones recibidas en el período comprendido entre el 1o. de noviembre del año anterior y el 31 de octubre del año en que se efectúa el pago.

Aumentos del monto de la pensión:

La reglamentación vigente establece que con base en un previo estudio de carácter actuarial sobre las condiciones financieras del régimen y siempre que éstas lo permitan, la Junta Directiva puede acordar que las pensiones en curso de pago se revalúen para introducirles mejoras que guarden proporción con las variantes en índices de precios que publique la Dirección General de Estadística y Censos.

Problemática del sistema de pensiones en Costa Rica:

No obstante el avance logrado en nuestro país en cuanto a pensiones se refiere, tenemos que reconocer el serio problema de la Nación con el gran número de sistemas independientes que funcionan aparte de la Caja Costarricense de Seguro Social; unos se iniciaron antes de que ésta existiera, otros después.

Para dar una idea citaremos algunos:

Pensiones de Gracia
Ley de pensiones para ciudadanos de honor y viudas de beneméritos de la patria
Ley de pensiones y jubilaciones de empleados de comunicaciones,
Régimen de pensiones de Derecho
Pensiones a participantes en la disputa limítrofe con Panamá en Río Coto
Ley de pensiones a músicos de bandas militares
Ley de pensiones y jubilaciones a empleados y funcionarios del Ferrocarril Eléctrico al Pacífico
Ley de pensiones e indemnizaciones de Guerra
Ley de pensiones e indemnizaciones por los sucesos de Cartago
Ley de pensiones e indemnizaciones por los sucesos de Alajuela

Ley de pensiones e indemnizaciones para Guardias Fiscales y Civiles
Ley del Régimen de Hacienda
Ley de Seguro de Vejez y Retiro - Régimen de la Imprenta Nacional
Ley de pensiones y jubilaciones municipales
Ley de pensiones y jubilaciones de Fomento
Ley de pensiones y jubilaciones de Ordenanzas Militares
Ley de pensiones y jubilaciones para empleados del Registro Público
Ley de pensiones del Poder Judicial

SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD PARA TODOS LOS PENSIONADOS

En Costa Rica, de acuerdo con la Ley No. 5905 del 26 de mayo de 1976 toda persona protegida por regímenes nacionales de pensiones, ordinarias o extraordinarias, está protegida por los beneficios del Seguro de Enfermedad y Maternidad con protección familiar.

Las cuotas y beneficios relativos a las personas tuteladas por esta ley, son los mismos que rigen para los demás asegurados de la Caja en el Seguro de Enfermedad y Maternidad, excepto que las cuotas de los pensionados se cobran sobre la cuantía de las pensiones y sus revaloraciones y que no hay pago de subsidio en dinero por tratarse de pensionados que no pierden su ingreso con motivo de enfermedad.

La cuota patronal es cubierta por el Fondo Nacional de Pensiones quien, haciendo las veces de patrono, entera a la Caja las cuotas correspondientes.

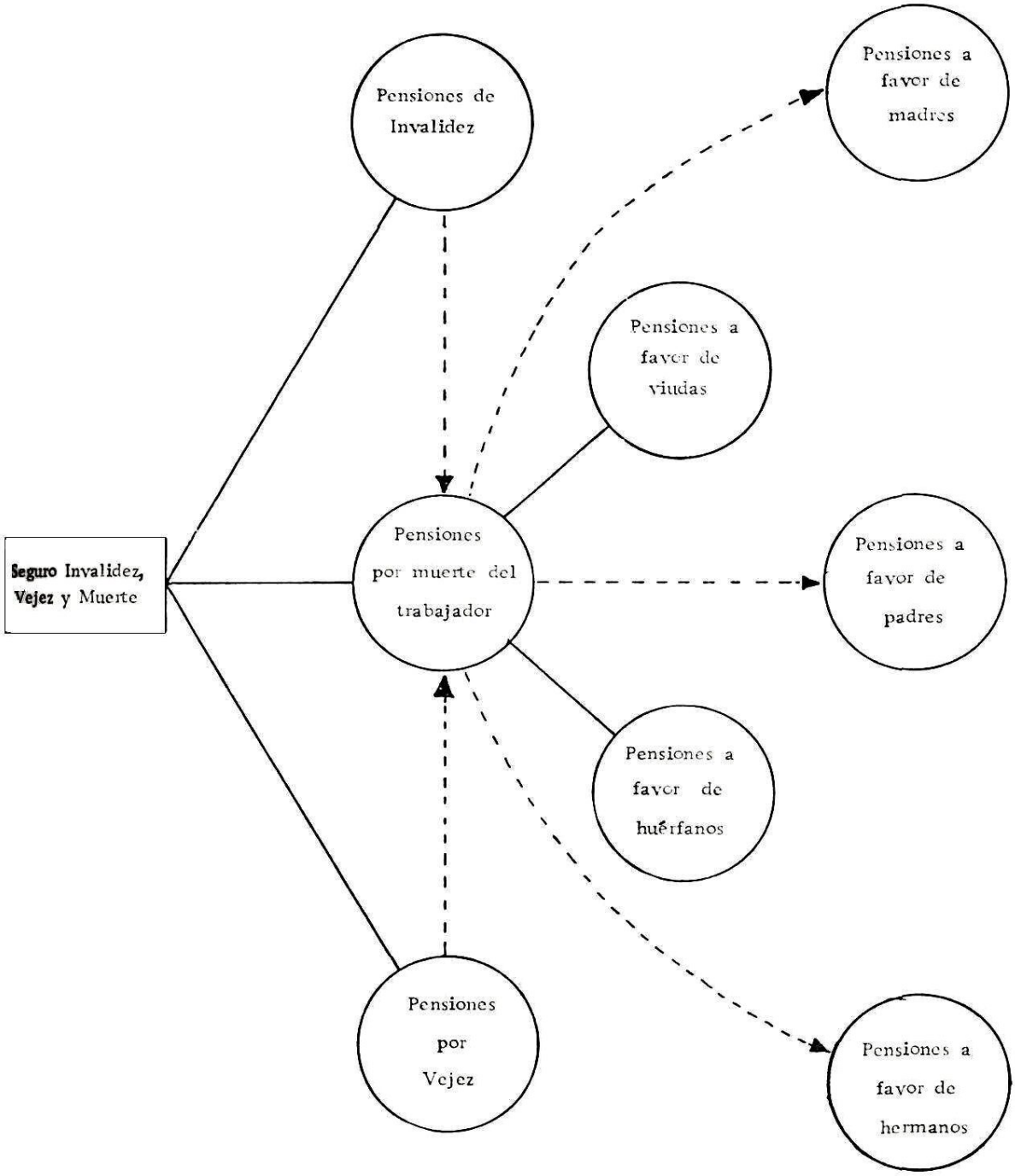
En el Gráfico No. 7 siguiente, puede observarse las distintas clases de pensiones derivadas del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, que contempla además de estos tres riesgos, pensiones a favor de madres, viudas, padres, huérfanos y hermanos.

El Gráfico Nº 8 detalla el número de beneficiarios-pensionados en curso de pago en una serie que va de 1969 a 1976. El 8-A muestra el porcentaje de pensionados distribuido en zona rural y urbana.

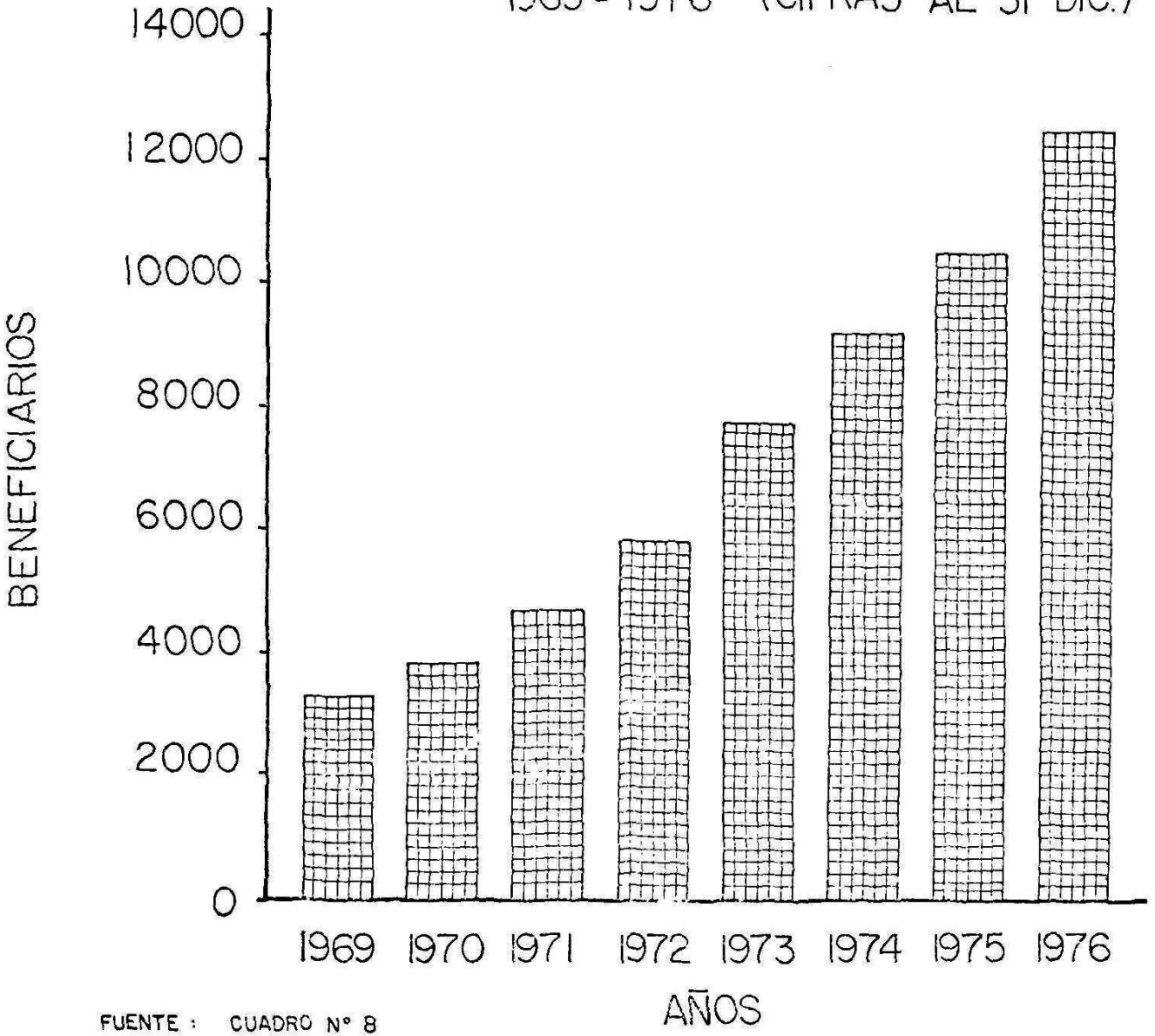
GRAFICO # 7

PENSIONES SEGURO

INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE



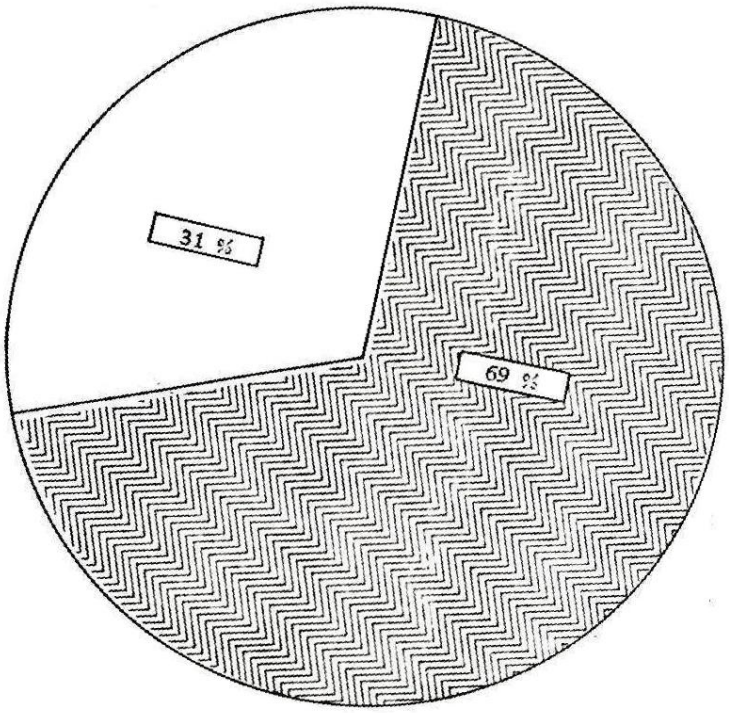
CAJA COSTARRICENSE SEGURO SOCIAL
SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE
NUMERO BENEFICIARIOS - PENSIONES CURSO PAGO
1969 - 1976 (CIFRAS AL 31 DIC.)



FUENTE : CUADRO N° 8

Gráfico 8-A

PENSIONES DEL SEGURO INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE SEGUN AREA GEOGRAFICA JULIO 1977



Area Urbana

Area Rural

2.3.3 Régimen no Contributivo de pensiones por Monto Básico

Es un sistema adicional al régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, creado por la Ley No. 5662 del 16 de diciembre de 1974, llamada Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares.

El citado cuerpo legal establece que el 20 % de los ingresos por ese concepto es destinado a financiar un programa no contributivo de pensiones por monto básico, en favor de aquellos ciudadanos que, encontrándose en necesidad de amparo económico inmediato, no hayan cotizado para ninguno de los regímenes contributivos existentes o no hayan cumplido con el número de cuotas reglamentario o plazos de espera requeridos en tales regímenes. Este porcentaje se gira a la Caja Costarricense de Seguro Social, institución a la que se encomendó la administración de este régimen, a título de programa adicional al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

Objetivo:

Proteger contra los efectos patrimoniales causados por estados de invalidez, vejez o desemparo por muerte del jefe de familia, a aquellas personas que, necesitando amparo económico inmediato, no hayan obtenido -por no haber estado cubiertas, o, estándolo, por no haber cumplido con los requisitos legales o reglamentarios- los beneficios de cualesquiera de los regímenes contributivos de pensiones existentes en el país.

Monto de la pensión:

Se estableció como máximo a pagar por concepto de pensión en este régimen la suma de ₡ 350,oo (trescientos cincuenta colones) de acuerdo con estos porcentajes:

a- El 100% para el jefe de familia mayor de 65 años o inválido que tenga cónyuge o compañera y dos o más hijos a su cargo, menores de quince años o inválidos.

b- El 85% para el jefe de familia mayor de 65 años o inválido que tenga cónyuge o compañera y un hijo menor de quince años o inválido.

c- El 80% para el jefe de familia mayor de 65 años o inválido sin cónyuge o compañera, que tenga dos o más hijos a su cargo menores de quince años o inválidos.

d- El 70% para el jefe de familia mayor de 65 años o inválido con cónyuge o compañera, pero sin hijos menores de quince años o inválidos.

e- El 70% para el jefe de familia mayor de 65 años o inválido sin cónyuge o compañera y con un hijo a su cargo menor de quince años o inválido.

f- El 60% para el jefe de familia mayor de 65 años o inválido, sin cónyuge o compañera y sin hijos a su cargo menores de quince años o inválidos.

g- En caso de viudas o madres desamparadas rigen estas reglas:

1- El 70% para madre o viuda desamparada con un hijo menor de quince años o inválido.

2- El 80% para madre o viuda desamparada con dos hijos menores de quince años o inválidos.

3- El 100% para madre o viuda con tres o más hijos menores de quince años o inválidos.

Cuando se trata de huérfanos de padre y madre podrá autorizarse el 40% si es uno y el 70% cuando son dos o más.

Seguro de Enfermedad y Maternidad con protección familiar para pensionados del régimen no Contributivo

De los recursos que se perciben para el régimen no contributivo, la Caja destina el 9% para cubrir los servicios médico-hospitalarios de los pensionados y miembros de su núcleo familiar.

De esta manera tienen todos los derechos dentro del Seguro de Enfermedad y Maternidad, exceptuando el pago de subsidio por enfermedad, ya que sus ingresos no se disminuyen.

Finalidad que se persigue para otorgar una pensión:

Las pensiones que se otorgan dentro de este régimen tienden fundamentalmente a dar amparo al núcleo familiar integrado, por conducto del jefe de familia; en situaciones especiales se puede atender también casos de familias desintegradas o de individuos, con el efecto de socorrer casos individuales de calamidad social. Para los fines enunciados se considera indistintamente al esposo o esposa como jefe de familia.

Cuadros y Gráficos complementarios

Para una mayor ilustración en cuanto a lo expresado, adjuntamos los cuadros a que seguidamente hacemos referencia.

Cuadro No. 7 "Síntesis del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte"

Es prácticamente una sinopsis del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte en el que se da "una vista panorámica" del sistema de pensiones. Comprende lo medular del sistema: financiación, clase de riesgo, requisitos para obtener derecho y beneficios.

Cuadro No. 8 "Síntesis del Régimen no Contributivo por Monto Básico"

Este resume los aspectos fundamentales del régimen tales como: origen, financiación, beneficiarios, monto de pensión y otros beneficios.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

CUADRO No 7

SINTESIS DEL SEGURO DE INVALIDEZ VEJEZ Y MUERTE

FINANCIACION (1)	RIESGO (2)	REQUISITOS (3)					BENEFICIOS (4)		
		Conservación Derechos	Plazos de Espera	Edades	Porcentajes de Invalidez	Porcentaje de Dependencia Económica	PENSIONES	INDEMNIZACIONES	OTRAS PRESTACIONES
El Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte en general se financia con: 1) La contribución a base de cuotas pagadas por los trabajadores, patronos y el Estado en su condición de tal y de patrono. Dichas cuotas se deducen mensualmente de las planillas que pagan los patronos y el Estado en su condición de tal y de patrono así: 2.50% los trabajadores 4.75% los patronos 0.25% el Estado en su condición de tal. 2) Las cuotas de los asegurados por Cuenta Propia: 7.75% sobre los salarios de referencia. 3) Con los ingresos que se obtengan de la inversión de las reservas del Régimen.	A) INVALIDEZ	El asegurado que deja de cotizar conserva los derechos así: 1) Si cotizó hasta 139 cuotas: 1/3 del tiempo cotizado. 2) De 139 a 159: La mitad. 3) De 160 a 179: 2/3. 4) Con 180 Indefinido	36 cuotas mensuales como mínimo	Cualquiera	2/3	———	Calculadas así: Sobre salario promedio de los 48 salarios más altos de los últimos diez años. 1.5% por cada año cotizado. 70% primeros ₡300.00 60% segundos ₡300.00 50% restantes ₡300.00 35% exceso de ₡900.00	———	Además de las indicadas los pensionados tienen derecho a: 1) Servicios Medico -Hospitalarios en general 2) Prestaciones en Dinero como: a) Cuota de Sepelio b) Ayuda para la compra de accesorios médicos c) Ayuda para compra de anteojos d) Traslados y Hospedajes
	B) VEJEZ	IMPRESCRIPTIBLE	300 cuotas a los 60 años. Por cada mes más de esa edad que tenga el asegurado se exigirán 3 cuotas menos hasta los 65 años con 120 cuotas.	Más de 60 años	———	———	Sobre el monto que resulte de aplicar los porcentajes anteriores se aplica 0.5% por cada mes de posposición. Pensión básica + Posposición = Pensión Total	———	
	C) VIUDEZ	Igual a lo estipulado en Invalidez	24 cuotas: Pensión Menos de 24 y más de 6: Indemnización	Cualquiera	———	———	50% de la pensión del fallecido	Monto: 7 veces salario promedio del fallecido-Total	
	D) ORFANDAD								
	1) Menores 18 años	"	"	Menos 18 años	———	———	25% de la pensión en cualquier caso	"	
	2) Estudiantes solteros	"	"	De 18 a 22	———	Menos ó más 75%		"	
	3) Inválidos	"	"	Más de 18	2/3	" " " "		"	
	4) Hijas solteras	"	"	Más de 55	———	" " " "		"	
	E) PADRES								
	1) Madre	"	"	Cualquier Edad	———	"	35% ó 25% para cada caso según porcentaje de dependencia	La mitad o total según porcentaje de dependencia	
	2) Padre inválido	"	"	" "	2/3	"			
	F) HERMANOS								
	1) Menores 18 años	"	"	Menos 18	———	———	25% ó 15% para cada caso según porcentaje de dependencia económica	"	
	2) Inválidos	"	"	Más de 18	2/3	Menos o más 75%			
	3) Estudiantes solteros	"	"	De 18 a 22	———	" " " "			
	4) Ancianos	"	"	Mayores de 65	———	" " " "			

Fuente de Información: Sección Pensiones y Subsidios

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

CUADRO Nº 8

SINTESIS DEL REGIMEN NO CONTRIBUTIVO DE PENSIONES

POR MONTO BASICO

LEY QUE LE DIO ORIGEN	FINANCIACION	CLASES DE BENEFICIARIOS	MONTOS DE PENSION	OTROS BENEFICIOS
Nº 5662 del 16 de diciembre de 1974, llamada Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares.	En el artículo 4 de la Ley Número 5662, se dispone que de los ingresos que produzcan las fuentes que le dan contenido económico se tomará un 20% para la formación de un capital destinado a financiar un programa no contributivo de pensiones por monto básico, en favor de aquellos ciudadanos que encontrándose en necesidad de amparo económico inmediato, no hayan cotizado para ninguno de los regímenes contributivos existentes *o no hayan cumplido con* el número de cuotas reglamentario o plazos de espera requeridos en tales regímenes.	- Ancianos solos mayores de 65 años - Jefes de Familia mayores de 65 años o inválidos menores de esa edad - Hijos dependientes menores de 15 años o inválidos - Viudas y madres desamparadas - Cónyuge de los Jefes de Familia - Huérfanos de padre y madre - *Niños abandonados*	a) Ancianos solos mayores de 65 años ..... ₡210.oo b) Jefes de familia mayores de 65 años o inválidos menores, de esa edad con cónyuge .... ₡245.oo c) El punto b más 1 hijo menor o inválido .. ₡298.oo d) El punto b más 2 hijos menores o inválidos.. ₡350.oo e) Solo Jefe de Familia con 2 hijos menores de 15 años o inválidos .... ₡280.oo f) Solo Jefe de Familia con *3 hijos o más, menores de* 15 años o inválidos..₡350.oo g) Un huérfano de padre y madre menor de 15 años o niño abandonado ...₡140.oo h) Dos huérfanos de padre y madre o dos niños abandonados ..... ₡245.oo	Con derecho a todas las prestaciones médicas y en dinero que da derecho el Seguro de Enfermedad y Maternidad con excepción del pago de Subsidio por incapacidad, ya que el pensionado incapacitado no sufre mengua en sus ingresos.

Cuadro No. 9 "Pensiones concedidas según régimen y area
Gráfico 8-B geográfica"

Comprende información a julio de 1977 sobre el número de pensiones otorgadas en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte y en el Régimen no Contributivo de Pensiones por Monto Básico, haciendo la diferencia entre zona urbana y zona rural.

Cabe destacar como se ha hecho patente el propósito del régimen, pues del total de beneficiarios un 75.6% corresponde a la zona rural.

Cuadro No. 10 "Pensiones otorgadas en el régimen no Contributivo por Monto Básico según clase de pensionados"

Compara el número de pensionados según su categoría y montos girados en una relación histórica.

Puede observarse como al inicio del régimen el número de beneficiarios ascendía a 379 por un monto de ₡ 51.678 mientras que a julio de 1977 los beneficiarios ascienden a 37.768 por un monto de más de cinco millones de colones.

Síntesis de la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares

Por cuanto esta ley protege a una cantidad muy considerable de ciudadanos costarricenses de muy escasos recursos, y en vista de que su aplicación práctica ha venido a resolver situaciones verdaderamente difíciles, con énfasis especial en el area rural, estimamos de interés incluir al final del presente trabajo, como anexo No. 1 la síntesis que para tales fines fuera elaborado.

CUADRO Nº9

PENSIONES CONCEDIDAS SEGUN REGIMEN Y AREA GEOGRAFICA

JULIO 1977

SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE			REGIMEN NO CONTRIBUTIVO		
Area	Número de casos *	Monto ¢	Area	Número de casos	Monto ¢
TOTAL	10.682	8.918.155.20	TOTAL	23.155	5.356.165.oo
Urbana	7.379	6.656.215.05	Urbana	5.641	1.276.938.oo
Rural	3.283	2.261.940.15	Rural	17.514	4.079.227.oo

FUENTE: Sección Pensiones y Subsidios, C.C.S.S.

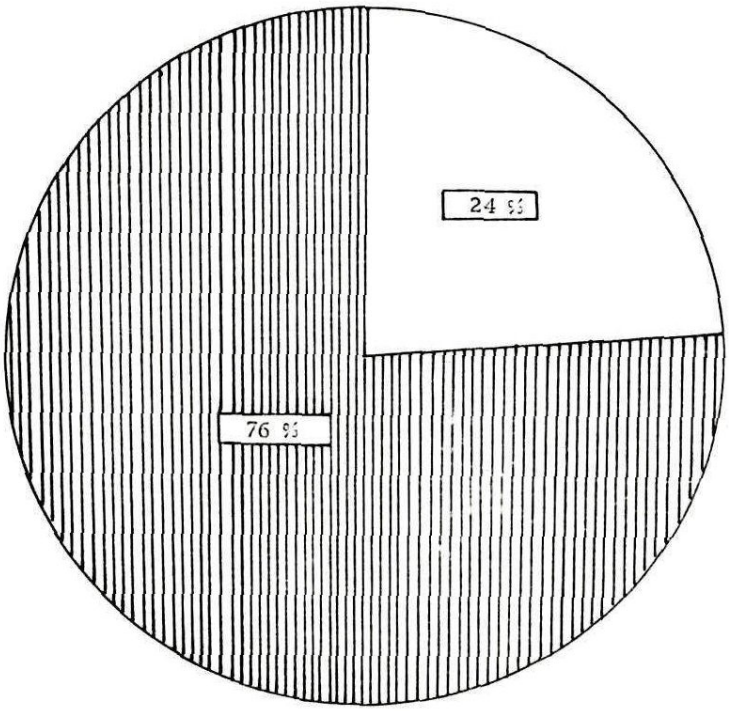
* Determinados casos pueden dar origen a varios beneficiarios

Gráfico 8-B

PENSIONES REGIMEN NO CONTRIBUTIVO

SEGUN AREA GEOGRAFICA

JULIO 1977



Area Urbana

Area Rural

PENSIONES OTORGADAS EN EL REGIMEN NO CONTRIBUTIVO POR MONTO BASICO

SEGUN CLASE DE PENSIONADO (ABRIL 1975 A JULIO 1977

TIPO DE PENSION	Abril 1975	Diciembre 1975	Diciembre 1976	Julio 1977
Jefes de Familia Mayor de 65 años	61	3.324	4.524	5.070
Jefes de Familia Inválidos	1	612	1.193	1.516
Personas solas mayores de 65 años	142	7.294	10.163	11.669
Personas solas inválidas	7	996	2.187	2.805
Esposa o compañera del Jefe de Familia	60	3.793	5.502	6.327
Jefe Familia sin cónyuge o compañera	15	586	1.087	1.430
Hijos dependientes menores de 15 años	87	3.825	6.166	7.676
Hijos dependientes Inválidos mayores de 15 años	2	184	412	549
Huérfanos Padre y Madre	4	17	38	45
Niños Menores 15 años en estado de abandono	0	14	35	34
Número beneficiarios al último de mes	379	21.227	31.941	37.768
Número de cheques emitidos	227	14.363	19.804	23.155
Monto Mensual Planillas Ordinarias	¢ 51.678.oo	3.166.678.20	4.560.358.oo	5.356.165.oo

FUENTE: Sección Pensiones y Subsidios, C.C.S.S.

CAPITULO III

LA UNIVERSALIZACION DE LOS SEGUROS SOCIALES Y LA EXTENSION DE LOS SERVICIOS MEDICO-ASISTENCIALES A TODOS LOS HABITANTES Y A TODOS LOS LUGARES DEL PAIS.

3.1 Cobertura del Seguro Social.
- 3.1.1 Cobertura territorial.
- 3.1.2 Cobertura de la población.
- 3.1.3 Cobertura de Servicios.

3.2 Integración de los Servicios de Salud.

3.3 Niveles de atención de salud.

3.4 Sistemas Complementarios.
- 3.4.1 Servicio de Inspección.
- 3.4.2 Sistema de Afiliación y Recaudación.
- 3.4.3 Sistema de Cobro y Verificación de Derechos.

3.5 Programas de Inversión en Obras de Infraestructura Médico-Hospitalaria.
- 3.5.1 Objetivos Generales.
- 3.5.2 Las nuevas obras.
- 3.5.3 Incremento de Recursos Humanos.
- 3.5.4 Programas de Cooperación Técnica.
- 3.5.5 Resumen Segunda etapa Proyecto CCSS/BID.

CAPITULO III

LA UNIVERSALIZACION DE LOS SEGUROS SOCIALES Y LA EXTENSION DE LOS SERVICIOS MEDICO-ASISTENCIALES A TODOS LOS HABITANTES Y A TODOS LOS LUGARES DEL PAIS.

El plazo de diez años fijados por el mandato constitucional de 1961 expiró en 1971. Con ello a su vez, se vino a poner término a la facultad discrecional otorgado por la Ley Constitutiva de la Caja, para que la Junta Directiva fuera acordando la extensión gradual de los regímenes de Seguridad Social en Costa Rica. La obligación de hoy día es aplicar los seguros sociales en todo el país y a todas las categorías de trabajadores.

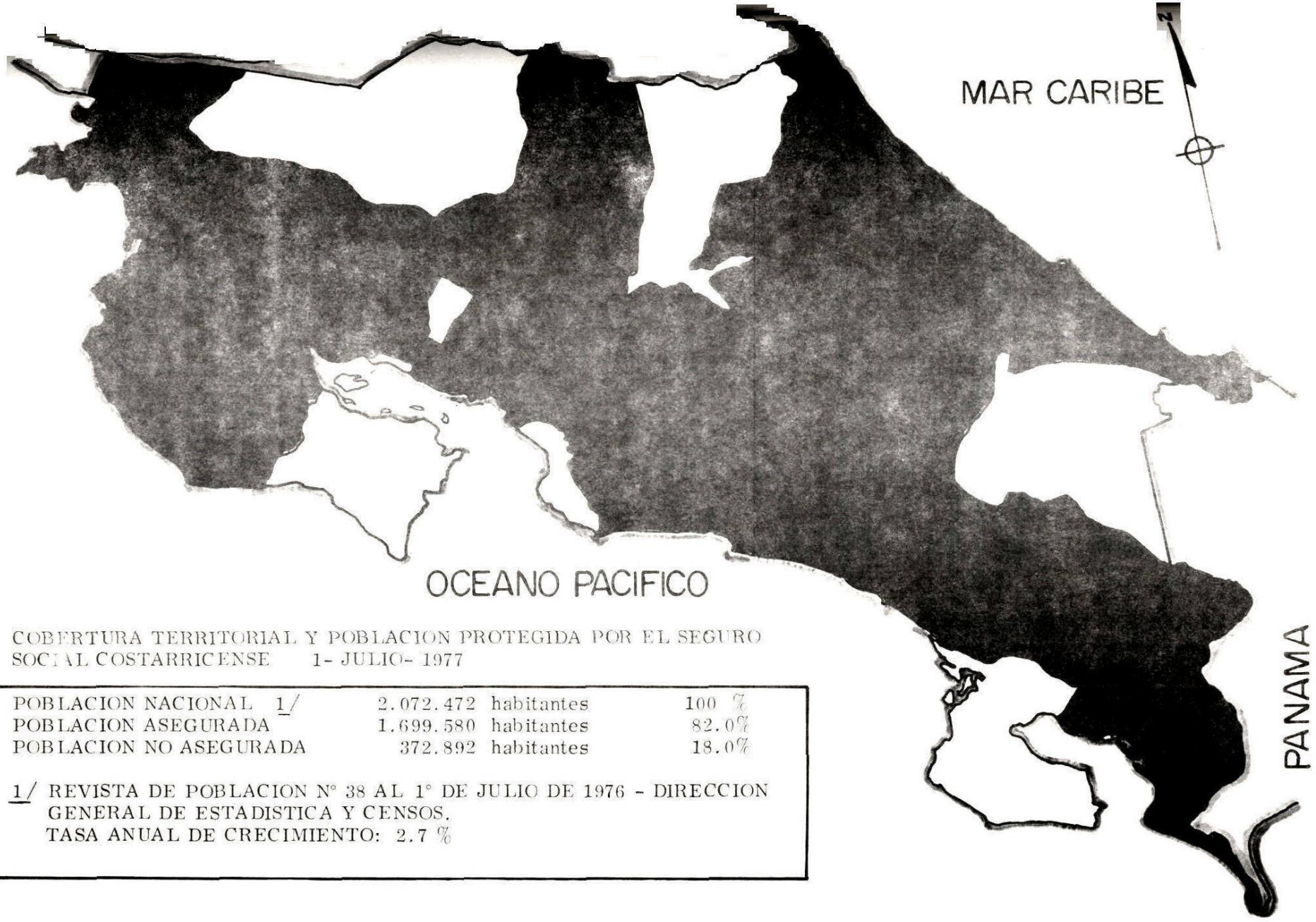
3.1 Cobertura del Seguro Social

La integración paulatina de centros médico-asistenciales ha permitido a la Institución cubrir nuevas zonas geográficas del país y ampliar la incorporación de nuevos grupos de trabajadores.

3.1.1 Cobertura territorial

A julio de 1977 la extensión de los seguros sociales cubre un 94% del territorio nacional. Implementada la segunda etapa de infraestructura física médico-hospitalaria, la institución completará la cobertura territorial de nuestro país.

El mapa que se inserta a continuación es un fiel reflejo de la situación planteada.



COBERTURA TERRITORIAL Y POBLACION PROTEGIDA POR EL SEGURO SOCIAL COSTARRICENSE 1- JULIO- 1977

POBLACION NACIONAL 1/	2.072.472	habitantes	100 %
POBLACION ASEGURADA	1.699.580	habitantes	82.0%
POBLACION NO ASEGURADA	372.892	habitantes	18.0%

1/ REVISTA DE POBLACION N° 38 AL 1° DE JULIO DE 1976 - DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA Y CENSOS.
TASA ANUAL DE CRECIMIENTO: 2.7 %

3.1.2 Cobertura de la población

A julio de 1977 la población nacional protegida dentro del Seguro de Enfermedad y Maternidad es del 82.0%, y del 65.0% en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

En base al proceso de universalización las prestaciones que brinda hoy la seguridad social costarricense, se dan al trabajador asalariado, al trabajador autónomo o por cuenta propia, a los miembros de colegios profesionales y de organizaciones cooperativas, al asegurado por el Estado (indigente), al pensionado de cualquier régimen y en general a todos los beneficiarios (calificados como tales según la legislación vigente), de las distintas categorías de asegurados.

Los cuadros y gráficos que a continuación se incluyen muestran en términos generales el comportamiento de la cobertura del seguro social.

El cuadro # 11 y el gráfico # 9 sintetizan la población asegurada según área geográfica : rural y urbana.

El gráfico # 10 relaciona la población nacional según tipo y condición de aseguramiento. Cabe destacar que de acuerdo al análisis-gráfico solo un 17.99% de la población no está cubierta.

El cuadro # 12 muestra los totales de asegurados según su condición y porcentaje de cobertura de la misma con respecto a la población nacional en el período que va de 1944 a 1976.

3.1.2.1 Rompimiento de Topes

Este proceso de rompimiento de topes desde el punto de vista del monto de los salarios, ha seguido al igual que la extensión de los seguros el principio de aplicación gradual y progresiva, al extremo de que recientemente a partir del 1° de julio de 1977 se eliminó el último tope vigente para el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

Actualmente ya no existen regulaciones en cuanto a la aplicación de cuotas para los salarios devengados, ya que se cotiza sobre el total devengado para ambos regímenes: Enfermedad y Maternidad e Invalidez, Vejez y Muerte. Ver gráfico # 11 y Cuadro # 13.

3.1.3 Cobertura de servicios

El seguro social costarricense además de extender su cobertura al territorio nacional y a la población ha intensificado simultaneamente la cobertura de prestaciones que otorgan ambos regímenes, tanto en el aspecto social como económico, con el afán de contribuir en forma armónica con las acciones de las otras instituciones que integran el marco-social y económico del país. En los cuadros y gráficos Nos. 6 y 7 quedó claramente sintetizada la situación referente a la cobertura de servicios.

Cuadro # 11

POBLACION URBANA Y RURAL 1/

SEGUN CONDICION DE ASEGURAMIENTO

Area Geográfica	POBLACION							
	Total	%	*Asegurada* Directa	*Asegurada* Familiar	*Asegurada* Total	%	*No* Asegurada	%
TOTALES	2.072.480	100.0	424.895	1.274.685	1.699.580	100.0	372.900	100.0
URBANA	841.427	40.6	205.807	617.421	823.228	48.4	18.199	4.8
RURAL	1.231.053	59.4	219.088	657.264	876.352	51.6	354.701	95.2

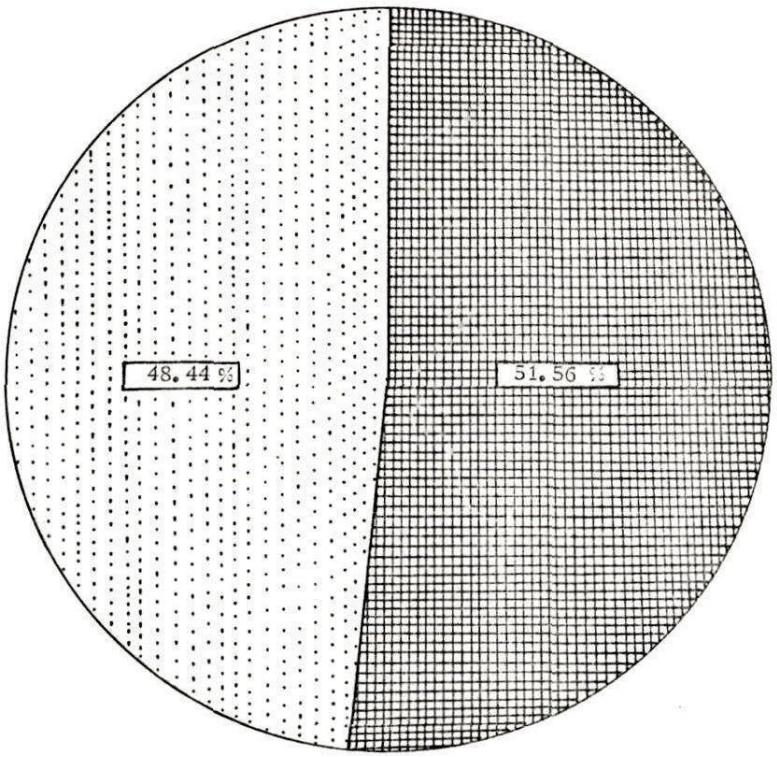
FUENTE: Dirección General Estadística y Censos
Unidad de Estadística, Caja Costarricense de Seguro Social

1/ Datos al 1° de julio de 1977

Gráfico # 9

POBLACION ASEGURADA

SEGUN AREA GEOGRAFICA

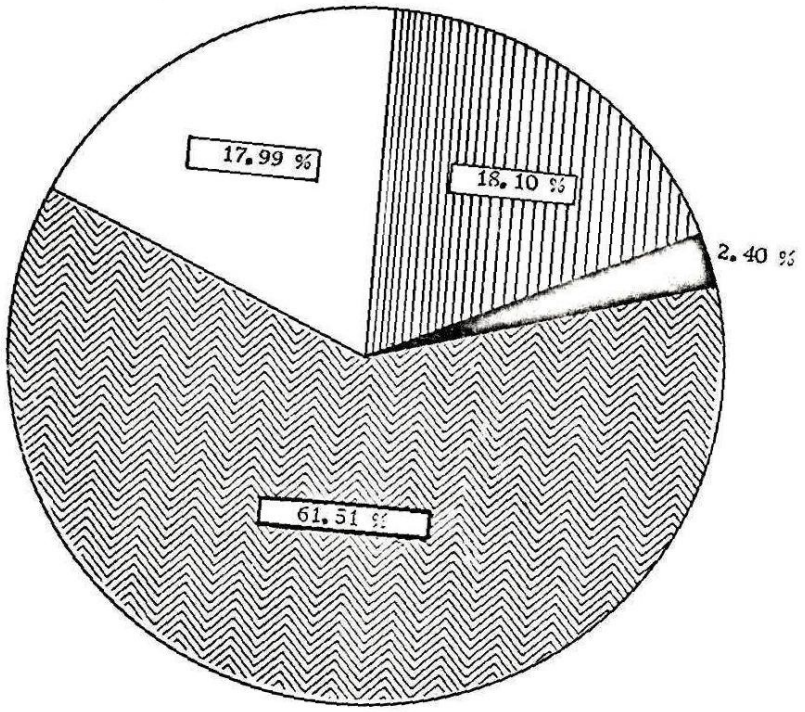


Area Urbana

Area Rural

Gráfico # 10

DISTRIBUCION DE LA POBLACION NACIONAL SEGUN ASEGURADOS ASALARIADOS, CUENTA PROPIA, FAMILIARES Y NO ASEGURADOS



Asegurados Asalariados

Asegurados por cuenta propia

Asegurados Familiares

No Asegurados

POBLACION ASEGURADA SEGUROS DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD E INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE

PORCENTAJE DE POBLACION AMPARADA POR EL REGIMEN EN RELACION CON LA POBLACION NACIONAL

AÑOS 1944-1976

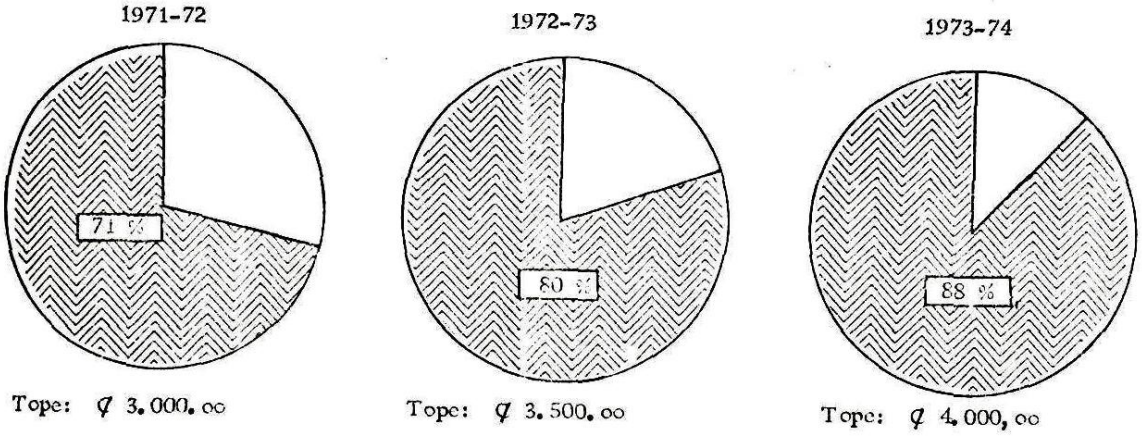
AÑO	Trabajadores Asegurados		Asegurados Familiares		Total Asegurados		POBLACION NACIONAL	Cobertura Población %	
	E y M	I.V.M.	E y M	I.V.M.	E y M	I.V.M.		E y M	I.V.M.
1944	25.710	-	-	-	-	-	685.302	3.75	-
1950	63.317	12.400	-	37.200	63.317	49.600	812.056	7.80	6.10
1955	79.290	19.663	42.813	58.989	122.103	78.652	1.048.512	12.00	7.50
1961	105.562	40.164	119.933	120.492	225.595	160.656	1.320.662	17.00	12.16
1970	202.291	124.755	606.873	374.265	809.164	499.020	1.762.462	46.00	28.30
1974	308.124	234.270	924.372	702.810	1.232.496	937.080	1.962.498	63.00	47.70
1976	389.813	316.397	1.169.439	949.191	1.559.252	1.265.588	1.991.772	78.20	63.50

FUENTE: Cambio en los patrones de morbi-mortalidad y natalidad en los nuevos niveles de atención integral de la salud en Costa Rica
Dr. Miranda G. - Dr. Asís B.

Anuario Estadístico 1975, Caja Costarricense de Seguro Social
Dirección Técnica de Planificación

GRAFICO 11 : PROCESO DE UNIVERSALIZACION EN EL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

SECTOR ASALARIADOS



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

COTIZACIONES SEGURAS
ENFERMEDAD Y MATERNIDAD
INVALIDEZ VEJEZ Y MUERTE

1977

	S.E.M.	I.V.M.	TOTAL
ESTADO	0,25	0,25	0,50
TRABAJADOR	4,00	2,50	6,50
PATRONO	6,75	4,75	11,50
	11,00	7,50	18,50

FUENTE: REGLAMENTOS S.E.M.
I.V.M.

3.2 Integración de los Servicios de Salud:

Fundamentado en lo que señala la Constitución y las reglamentaciones pertinentes, y en consideración a las características de la situación de salud encontrada, la integración de los servicios médicos significa un cambio trascendental de la política de salud seguida hasta la fecha. La definición de este proceso en función de sus objetivos reales dentro del marco conceptual de su fundamento legal, ha requerido un análisis profundo de todos los componentes sociales, económicos y tecnológicos, que en una forma u otra, caracterizan su complejidad. En este ejercicio intelectual han estado participando como una sola unidad tanto funcionarios del Ministerio de Salud como de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En función conceptual, definimos la integración de servicios médicos como un proceso tendiente a conjugar todos sus recursos humanos, institucionales y materiales disponibles, para la aplicación de los instrumentos científicos y tecnológicos en beneficio de toda la población, en salud y enfermedad, con iguales oportunidades, en calidad y cantidad.

La Ley N° 5349 de 24 de setiembre de 1973, obligó el traspaso a la Caja Costarricense de Seguro Social de todas las instalaciones médico-asistenciales del país dependientes del Ministerio de Salud, Juntas de Protección Social y otras entidades de servicio público.

Dicho proceso se ha llevado a cabo en forma acelerada y ha quedado prácticamente finiquitado a partir del mes de julio de 1977, con el traspaso de los hospitales de la Junta de Protección Social de San José.

Obviamente la integración de los servicios médico-asistenciales a través de la Caja, permitirá darle plena vigencia al principio fundamental de que la salud es un derecho universal, pues ahora tiene derecho a los servicios médicos tanto el asalariado como el no asalariado y las familias dependientes de éstos.

Al asumir la Caja Costarricense de Seguro Social la responsabilidad del gobierno y administración del Sistema Hospitalario Nacional, cobra mayor importancia el mejoramiento y ampliación de todos los centros médico-asistenciales, tanto en sus instalaciones físicas como en la reorganización de los servicios médico-administrativos.

Los objetivos principales de la integración pueden resumirse como sigue:

1º Obtener el máximo aprovechamiento de los recursos humanos, físicos y financieros disponibles en el sector salud en beneficio de toda la población.

2º Lograr una mayor cobertura de los servicios de salud, con un enfoque de iguales oportunidades de atención en el campo de la salud de los costarricenses.

3º Lograr que los servicios integrados de salud produzcan el máximo de satisfacción de las necesidades de salud de toda la población, tanto en calidad como en cantidad.

4º Potencializar los recursos de la comunidad en beneficio de salud física mental y social, a través de la motivación, educación, organización y participación de dichas comunidades en la solución de sus propios problemas de salud.

5º Facilitar la programación conjunta y la evaluación continua mediante:

a) El establecimiento de una estructura normativa única, que se vaya proyectando a todos los niveles.

b) La aplicación uniforme de métodos y procedimientos.

c) La ejecución equilibrada y en función programática, de los presupuestos.

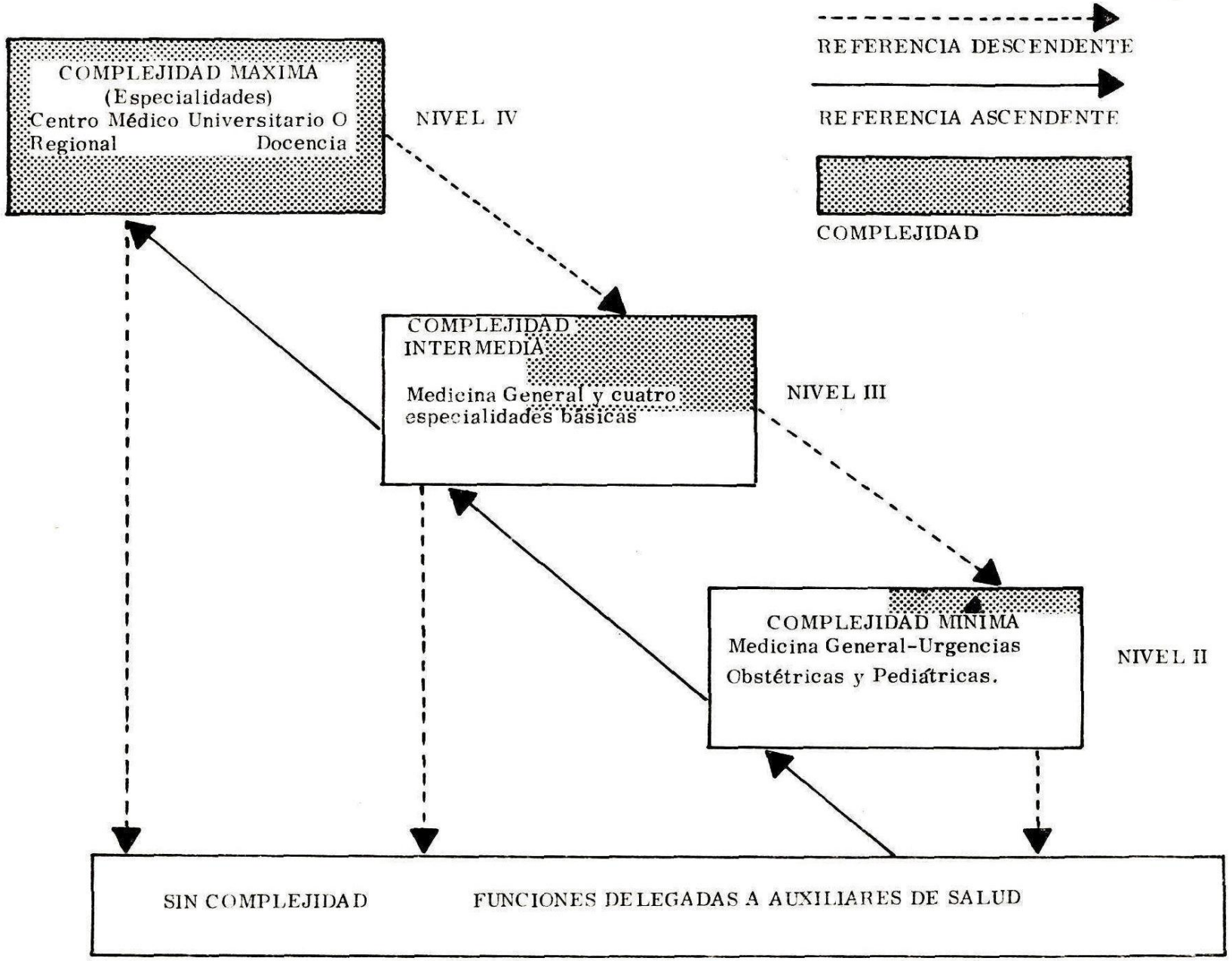
d) El análisis de los rendimientos de los servicios integrados.

El cumplimiento óptimo de y continuo de estos objetivos debe producir el incremento progresivo del nivel de salud en todas las áreas del país y contribuir así a elevar los niveles de bienestar de toda la población y por consiguiente acelerar el proceso de desarrollo económico y social del país.

3.3 Niveles de atención de Salud:

Para alcanzar el mayor grado de efectividad por niveles, es menester definirlos explícitamente para lograr su articulación eficiente que permita una atención de complejidad creciente y en forma progresiva a los requerimientos de la población y a la utilización óptima de los recursos. Ver gráfico No. 12, Niveles de atención Médica Integral.

NIVELES DE ATENCION MEDICA INTEGRAL (FLUXOGRAMA)



Definición: Los niveles de atención de salud obedecen a una estructura escalonada que sigue los principios de una regionalización que comprende una red de servicios preventivo-curativos debidamente delimitados y jerarquizados según el grado de complejidad. Cada uno de los elementos de la red se han ordenado escalonadamente de modo que a medida que los servicios se alejan del nivel básico se hacen más calificados de acuerdo con las demandas más especializadas de atención médica que requiere la población, prestando apoyo a las unidades básicas del sistema.

El sistema lo integran los establecimientos hospitalarios, clínicas y dispensarios de consulta externa, según el grado de complejidad, tal y como se describe a continuación:

Nivel I: Atención Básica:

Establecimientos:	Puestos de salud, Dispensarios 1 Caja Costarricense de Seguro Social, Centros de Educación y Nutrición.
Personal:	Asistentes de salud rural, auxiliares de enfermería, asistentes de nutrición, auxiliares de dispensario, evaluadores y rociadores del Servicio Nacional Erradicación de la Malaria (SNEM).
Actividades:	Control de enfermedades transmisibles más comunes, salud materno infantil, nutrición, primeros auxilios y referencia de pacientes, organización comunal, saneamiento básico del medio, educación para la salud. Recibe apoyo del Nivel II mediante consulta médica periódica y supervisión. La comunidad participa muy activamente en el desarrollo y mantenimiento de este nivel.
Población beneficiada:	La de comunidades rurales con énfasis en la población dispersa.

Nivel II: Atención General:

Establecimientos:	Centros de Salud I y II, Dispensarios II Caja Costarricense de Seguro Social, Unidades Móviles, Centros Rurales de Asistencia y Hospitales periféricos.

Personal:	Médico general permanente, enfermeras generales y obstétricas, auxiliares de enfermería, inspectores de saneamiento, especialistas en pediatría, cirugía general y gineco-obstetras, odontólogo, servicio social, auxiliares de laboratorio y microbiólogos.
Actividades:	Además de las del Nivel I, se facilita tratamiento ambulatorio de pacientes, hospitalización, atención de partos, cirugía general, odontología y referencias a Nivel III. Apoya al Nivel I.
Población beneficiada:	Comunidades de 2,000 a 20,000 habitantes.

Nivel III: Atención General y Especializada:

Establecimientos:	Hospitales Regionales, Dispensarios III y IV Caja Costarricense de Seguro Social.
Personal:	Médicos y enfermeras de especialidades básicas. Personal paramédico.
Actividades:	Atención ambulatoria y cerrada con especialidades básicas. Ayudas terapéuticas y diagnósticos de mayor complejidad que en el Nivel II. Referencias al Nivel IV. Presta apoyo al Nivel II.
Población beneficiada:	Comunidades de 20 a 100.000 habitantes.

Nivel IV: Alta Especialización:

Establecimientos:	Hospitales Nacionales de corta y larga estancia, Hospitales Especializados.
Personal:	Especialidades y subespecialidades, paramédico, docente, investigación y administrativo especializado.
Actividades:	Atención ambulatoria y cerrada de especialidades. Investigación y docencia.
Población beneficiada:	Area metropolitana y referencia de otros niveles de atención de todo el país.



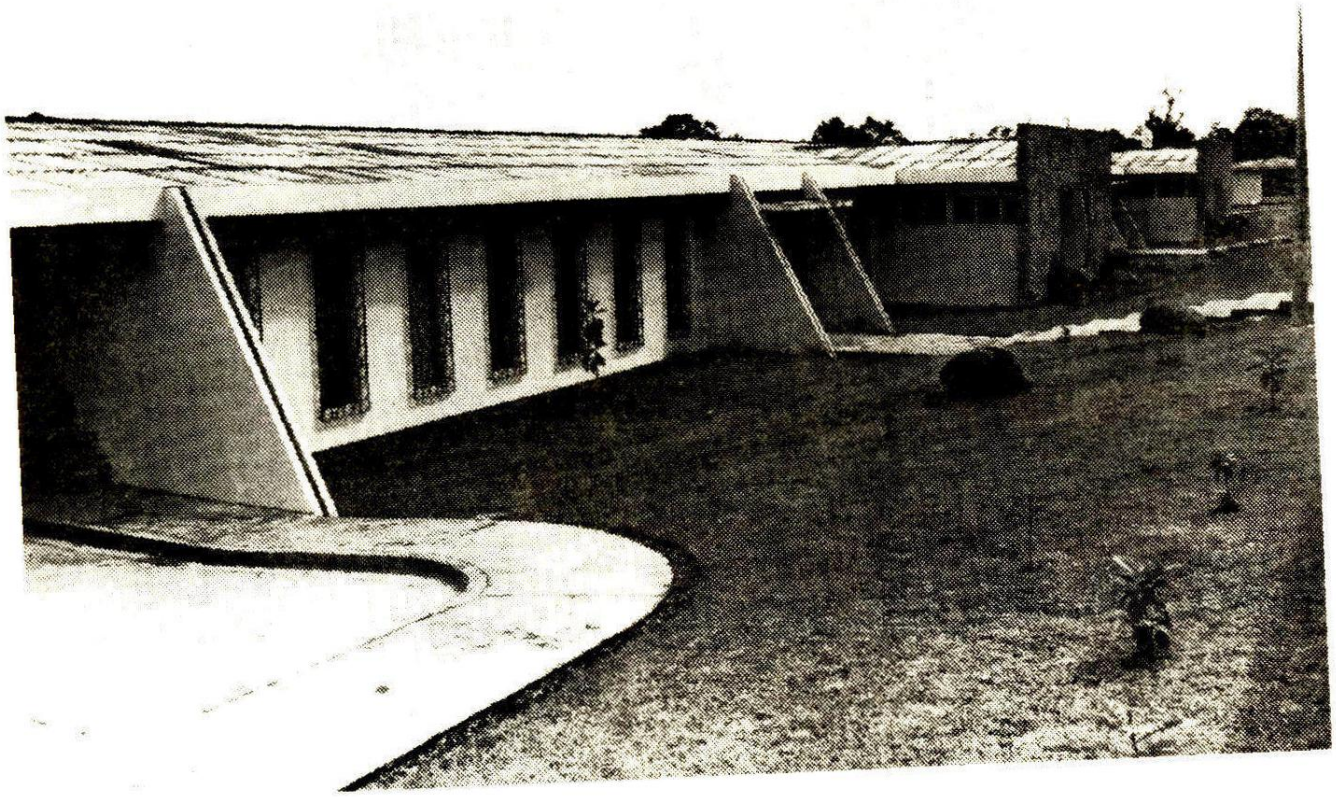
DISPENSARIO ATIRRO

NIVEL 1



DISPENSARIO RIO FRIO

NIVEL 2



HOSPITAL GUAPILES

NIVEL 2



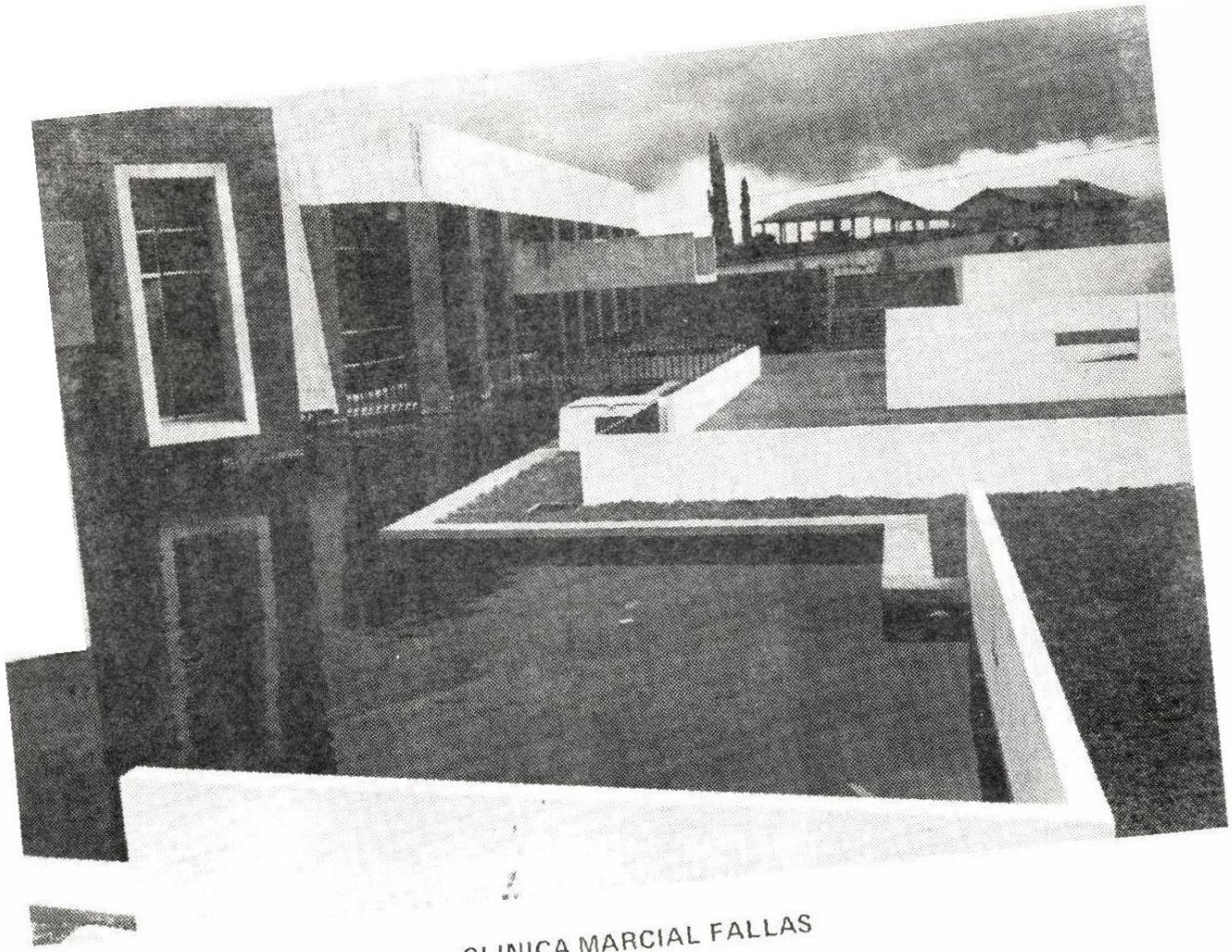
HOSPITAL MONSEÑOR SANABRIA

NIVEL 3



CLINICA DE ALAJUELA

NIVEL I



CLINICA MARCIAL FALLAS

NIVEL 1



CLINICA CARLOS DURAN

NIVEL 1



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS, DR. CARLOS SAENZ HERRERA

NIVEL 4



HOSPITAL MEXICO

NIVEL 4

3.4 Sistemas Complementarios

3.4.1 Servicio de Inspección.

Cuando en el año 1943 se promulgó la nueva Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en forma específica fue señalada la previsión de contar con un cuerpo de inspectores encargados de velar por el fiel cumplimiento de esta y sus reglamentos.

Como en principio los Seguros Sociales se rigieron con la característica de clasistas, orientados hacia los trabajadores de más bajos salarios, circunstancia que aunada a la falta de experiencia de los costarricenses sobre este campo de la Seguridad Social, los mencionados funcionarios se caracterizaron por la aplicación de sistemas directos y de orden compulsivo hacia el sector patronal, actuando de manera independiente y con un objetivo definido que se orientaba hacia la concientización de la clase obrero patronal en lo concerniente a sus obligaciones, deberes y derechos en los diversos regímenes.

Después del año 1949 hubo un movimiento nacional que dio como resultado la creación de una serie de instituciones autónomas que fueron creciendo y desarrollando hasta llegar el momento de constituirse las mismas en un número muy elevado, cada una determinando sus propios objetivos y señalando sus específicas actividades, lo cual justificó que posteriormente se legislara para que a través de las Presidencias Ejecutivas, el Poder Central pudiese ejercer un control en la coordinación funcional de estas entidades que conforman la Administración Pública.

El servicio de Inspección de la Caja Costarricense de Seguro Social tuvo que adoptar mecanismos de trabajo acordes con el nuevo concepto de la Administración Pública local. Fue necesario precisar en cuáles organismos públicos se practican funciones afines con las del Seguro Social en este campo, lográndose concretar los siguientes aspectos relevantes y que ofrecen un campo propicio para cumplir a cabalidad la coordinación ideal en el ámbito interistitucional:

1.- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Los inspectores de este ramo suministran a los de la Caja la información consecuente de sus investigaciones que permiten establecer aquellos centros laborales cuyos trabajadores no se encuentren asegurados.

Los de la Caja reportan a los de Trabajo la información relacionada con centros de trabajo donde no se cumplen los salarios mínimos, cuyo conocimiento adquieren igualmente a través de sus investigaciones.

2.- Instituto Nacional de Seguros. Las planillas de la Caja y las del Instituto Nacional de Seguros, las primeras de Seguros Sociales y las

otras de Riesgos Profesionales, constituyen vehículos de información recíproca de gran valía en el campo de inspección.

3.- Tributación Directa . La información proveniente de las declaraciones de los contribuyentes al Impuesto sobre la Renta, corresponde con el listado de las empresas inscritas en la Caja (con los respectivos nombres de trabajadores, salarios, etc), constituye otro medio muy eficaz de control sobre el volumen real de salarios pagados por los empresarios.

4.- Banco Popular y de Desarrollo Comunal.

Instituto Nacional de Aprendizaje

Instituto Mixto de Ayuda Social

Siendo las planillas que presentan los patronos a la Caja, el mecanismo de recaudación financiera para las mencionadas instituciones, todas con sistemas propios de Inspección, se ha tratado de promover la interacción de sus inspectores conjuntamente con los de la Caja a efecto de llevar a cabo sus labores con un sentido de interés común.

El esquema que antecede, sintetiza el nuevo concepto del Servicio de Inspección a nivel de las Instituciones de Seguridad Social que operan en Costa Rica, cuyo número es de carácter representativo, ya que según fuesen las circunstancias pueden participar otras con funciones afines. La universalización de los seguros sociales, contraria al concepto clasista, imperiosamente justifica la concurrencia del mayor número de instituciones que conforman la Administración Pública a fin de lograr vencer el reto impuesto por la seguridad social en nuestros países latinoamericanos.

La organización interna contempla grupos de inspectores que laboran con funciones específicas, en forma de equipos de trabajo, cuya distribución se proyecta hacia SECTORES, CONSTRUCCIONES, SERVICIO DOMESTICO, ASEGURADOS POR CUENTA PROPIA O INDEPENDIENTES, SEGUIMIENTO DE CONTROL POR EMPRESAS Y AREAS GEOGRAFICAS, - PENSIONES, ESTUDIOS DE REGISTRO PUBLICO, ESTUDIOS CONTABLES EN LAS EMPRESAS, CONTROL DE EMPADRONAMIENTO DE TRABAJA - DORES DE TAXIS Y AUTOBUSES, CONTROL DE EMPADRONAMIENTO DE TRABAJADORES DE CENTROS NOCTURNOS DE TRABAJO, etc.

Con el grupo de inspectores al servicio de las Sucursales se logra complementar los equipos de trabajo antes señalados. Se practica la regionalización de este Servicio a nivel nacional, delineando en cinco áreas geográficas los campos específicos, lo cual contempla una franca descentralización y desconcentración de esta labor.

3.4.2 Sistema de Afiliación y Recaudación

La afiliación de asegurados se lleva a cabo mediante la presentación de los formularios diseñados para ese fin. Previamente a la inscripción se realiza una revisión de la información suministrada con los datos del documento legal que deben presentar (cédula de identidad, cédula de residencia, constancia de nacimiento o fe de bautismo cuando se trata de menores, pasaporte, permiso para trabajar extendido por la Oficina de Migración, etc.).

Una vez que se realiza esa confrontación, se registra al asegurado, otorgándole un número de identificación que le va a servir para todos sus efectos en el Seguro Social. Este número está compuesto por ocho dígitos: el primero identifica el sexo: 1: hombre y 2: mujer; los dos siguientes son los últimos del año de nacimiento y los cinco restantes son un número correlativo de acuerdo con la inscripción, según las características de sexo y de año de nacimiento. Finalmente, cuando se trata de familiares, se agregan dos dígitos complementarios con el objeto de identificar el parentesco de éstos con el asegurado directo.

Para inscribir a una persona en el Seguro Social, no es indispensable que ésta se encuentre laborando con un patrono o que, tratándose de familiares, labore quien genera el derecho; igualmente no se obliga al trabajador a realizar personalmente las gestiones para su inscripción, como tampoco ocurre con el patrono.

Al inscribirse a un asegurado se le entrega un carnet de afiliación con su número que le servirá para solicitar, junto con la tarjeta de comprobación de derechos, los servicios que suministra el Seguro Social; esa solicitud debe realizarla el interesado en el centro médico al que se le adscribe, de acuerdo a su domicilio.

Tratándose de carnets a familiares se anota, además del número que le corresponde al derechohabiente, el número del asegurado que genera el derecho, de tal manera, que al presentarse en demanda de servicios médicos, podrá hacerlo única y exclusivamente con una tarjeta de comprobación de derechos que contenga ese número.

Otro aspecto a considerar en las funciones de Afiliación, es el referido a la calificación de beneficios de algunos de los familiares del asegurado directo, lo que se realiza una investigación con el objeto de determinar la dependencia económica del familiar, la convivencia y algunos otros aspectos, según lo establecen las normas reglamentarias vigentes.

Sistema de recaudación de cuotas

La recaudación de cuotas a patronos particulares, del servicio doméstico (27.000 y 8.500 respectivamente), se realiza mediante un sistema de planilla pre-elaborada con facturación directa. Mediante este sistema se recauda lo que le corresponde a la Caja y además, por disposición legal, efectúa la recaudación a cuatro instituciones más. Las cargas sociales son las siguientes:

Caja Costarricense de Seguro Social	Patrono	Trabajador	Estado
Enfermedad y Maternidad	6.75 %	4 %	0.25 %
Invalidez, Vejez y Muerte	4.75 %	2.50 %	0.25 %
Banco Popular y de Desarrollo Comunal	0.50 %	1 %	
Instituto Nacional de Aprendizaje	1 %		
Instituto Mixto de Ayuda Social	0.50 %		
Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares	4.00 %		
TOTALES	17.50 %	7.50 %	0.50 %

Existe también el sistema de recaudación para los trabajadores por cuenta propia, (53.000 aproximadamente). Para este grupo de asegurados, se emite un comprobante que debe ser pagado por adelantado. A partir de octubre de 1977 se variará el procedimiento actual, entregándole al interesado una libreta con los comprobantes, de tal manera que pueden realizar su pago en cualquier oficina del Seguro Social o agencia del Sistema Bancario Nacional.

En qué consiste el Sistema de Facturación Planilla Pre-elaborada y Facturación Directa :

Consiste en facturar a las empresas lo que deben pagar a la CAJA, lo mismo que a otras instituciones que por Ley debe recaudarles. Esta facturación se realiza con base en la información que en una planilla pre elaborada presenta el patrono con las novedades del mes a facturar.

Las planillas con las novedades son codificadas, criticadas y revisada la información del número de asegurado. En los casos en que se presentan novedades en la información patronal, se toma nota para su traslado a un formulario especial al Centro de Cómputo y a Inspección, cuando se trate de traspasos.

Una vez que se realiza ese trabajo, los documentos se trasladan de la Unidad Central de Afiliación (que es la encargada de efectuar la codificación, crítica y revisión) al Centro de Cómputo para una nueva revisión del documento, para su perfo-verificación, balance y demás trámites.

Afiliación entrega las planillas diariamente al Centro de Cómputo conforme las analiza, habiéndose a la vez establecido fechas máximas de entrega.

Una vez terminado el proceso mecánico del Centro de Cómputo, éste entrega a Afiliación y a las sucursales toda la documentación que originó la facturación.

Esta documentación es la siguiente:

a) Planilla con comprobante de pago para su entrega al patrono.

b) Listado por orden de sector que servirá para controlar la entrega efectiva de la planilla a la empresa por parte del distribuidor.

c) Tarjetas de Comprobación de Derechos para cada uno de los asegurados de las diferentes empresas.

d) Sumarias para el cierre diario del movimiento de Caja.

En esta forma, una vez entregadas las planillas a las empresas, los patronos se presentan a cancelarlas durante los últimos ocho días de cada mes. Pagado el período, presenta el comprobante cancelado y recibe por parte de Afiliación o de las sucursales respectivas, en estricto orden alfabético, las credenciales de sus trabajadores que les servirá a cada uno y a sus familiares para la solicitud de servicios médicos. Este documento sirve también para liquidar el subsidio, cuando el trabajador es incapacitado y a la vez se incluye información que se relaciona al beneficio de maternidad, en el cual el período de espera es diferente.

El cambio a este Sistema de Facturación lo consolidó la CAJA en el mes de octubre de 1971 y mediante el mismo disponemos de manera oportuna de información muy valiosa para la Institución.

Con el sistema anterior no era posible conocer a ciencia cierta el pendiente de pago y la morosidad se calculaba entre un 30 % y un 40 %. Con el nuevo sistema, mensualmente tenemos a nuestra disposición lo referente a estos aspectos y la morosidad disminuyó considerablemente. Es así como al consolidarse el sistema, teníamos en todo el país - 16.000 patronos activos y en la actualidad tal cifra ha aumentado a la ya citada. Lo facturado como cuotas a la CAJA de patronos particulares era de 14 ½ millones de colones y en junio de 1977 fue de 76 millones.

En el mes de mayo de 1974 se tomó una disposición legal y reglamentaria de las más importantes en el aspecto de recaudación, al efectuarse una redistribución de cuotas a cargo del Estado. Con anterioridad a esa fecha, el Estado contribuía en su condición con el 2 % de los salarios pagados a los trabajadores en el Régimen de Enfermedad y Maternidad y con el 2.50 % en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, y precisamente a partir de mayo de 1974, se fijó la contribución del Estado en 0.25 % para cada régimen y el 1.75 % y 2.25 % de Enfermedad y Maternidad e Invalidez, Vejez y Muerte, respectivamente se le trasladó al patrono.

3.4.3 Sistema de Cobro y Verificación de Derecho

Quienes legislaron e instrumentaron las leyes y reglamentos que regían el Sistema Hospitalario Nacional muy antes de la Ley de Traspasos de Hospitales, previendo situaciones relacionadas con la problemática socio económica y de la salud de los pacientes, establecieron el mecanismo para su debida calificación: Pensionado, Taxactivos, a cargo del Instituto Nacional de Seguros o del Seguro Social, etc., sin embargo, a causa de factores internos generados por "Intereses Creados" la intención fue obstruída y los objetivos programados sólo se alcanzaron parcialmente, con grave detrimento económico para los centros hospitalarios que integraban aquel sistema.

Esta realidad la han observado quienes desde el comienzo de los traspasos de hospitales les correspondió en la mecánica de calificación de pacientes, tanto en la Consulta Externa, como en Hospitalización, y conforme ha transcurrido el tiempo las "interferencias" de aquellos intereses ha quedado comprobada y detectada en forma plena.

En razón de la situación irregular mencionada y que lesiona gravemente las economías de los hospitales traspasados; pues personas con capacidad económica plena o relativa para pagar el servicio médico otorgado se hacen pasar como indigente; patronos inescrupulosos no aseguran a sus trabajadores en el Instituto Nacional de Seguros o en el Seguro Social, compulsándolos junto con sus familiares a solicitar servicios médicos a cargo del Ministerio de Salud; casos de extranjeros o hechos punibles que usan y demandan servicios médicos con posibilidad remota para obtener la recuperación de lo adeudado, etc., compelió al estudio del problema, naciendo así el sistema de las Unidades de Cobro, cuyo contenido funcional y operativo quedó hecho realidad mediante la promulgación del "INSTRUCTIVO PARA REGULAR LA PRESTACION DE SERVICIOS Y EL COBRO DE LA ATENCION A NO ASEGURADOS EN LAS AREAS DE MEDICINA INTEGRADA", que se inserta al final como anexo No. 3

Son objetivos principales de este Sistema:

a) Calificar la capacidad económica de las personas no aseguradas, a fin de determinar la categoría en que deben ubicarse para efecto del cobro de los servicios que se les otorgue.

b) **Gestionar** al tenor del Artículo 44 de la Ley Constitutiva del Seguro Social el pago de prestaciones médicas otorgadas a trabajadores y a sus familiares con derecho al beneficio familiar, ante los patronos que no los hallan asegurado debiendo estarlo, como si en el caso de haberlos asegurado no han completado el plazo y monto de cotización reglamentaria.

Cuando se trate de trabajadores al servicio de patronos morosos (Artículo 36 Ley Constitutiva de la Caja) tomar nota de los gastos de hospitalización que origine el trabajador o sus familiares, a fin de iniciar el trámite usual de cobro de tales prestaciones.

c) Cobrar los casos de Riesgo Profesional y hechos punibles conforme los trámites y procedimientos vigentes, al Instituto Nacional de Seguros, al patrono, o a la persona responsable, según sea el caso.

d) Confeccionar y tramitar las facturas por servicios médico asistenciales a cargo del Estado, Instituto Nacional de Seguros, o cualquier otra Institución Pública o Privada.

e) Tramitar arreglos para la recuperación de sumas de dinero por servicios médico-asistenciales, todo a juicio del Jefe de la Sucursal.

f) Gestionar y tramitar conforme lo dispuesto por el último párrafo del artículo 53 de la Ley Constitutiva de la Caja, la certificación del Jefe de Contabilidad de la Institución, sobre las sumas debidas a ésta, cuando exista renuencia manifiesta de falta de pago del deudor, con el fin de constituir el título ejecutivo en la acción legal correspondiente.

g) Vigilar y supervisar dentro su área geográfica de operación el estricto cumplimiento de los convenios bilaterales firmados por la Caja con los Seguros Sociales de otros países. Además confeccionar y tramitar los documentos del caso.

h) Cualquier otra función que le asigne el Departamento de Sucursales o la Gerencia.

Dichos objetivos demuestran la complejidad y radio de acción de estas Unidades; siendo uno de los principales, la calificación de la capacidad económica de las personas no aseguradas, la cual se trata de establecer por medio de un estudio socio-económico, de ahí que es necesario que el mecanismo de la entrevista se maneje con técnica y metodología, con el fin de lograr establecer el verdadero status del entrevistado. Si bien es cierto que la problemática socio-económica que gira sobre la población asegurada por el Estado (indigentes) encierra una serie de matices y circunstancias; el sector de población no asegurada que ocasiona mayores problemas, tanto en el orden interno como en el externo, es el que tiene capacidad económica pues tienden a realizar maniobras ilícitas o declaraciones falsas para evadir la responsabilidad social que le corresponde, dentro del programa nacional de integración de servicios y universalización de los Seguros Sociales, máxime que estas estructuras administrativas tienen como estrategia servir de medio compulsivo para obligar al aseguramiento de quien trabaja por cuenta propia (trabajadores independientes). En base a esa acción compulsiva el número de los asegurados por cuenta propia aumentó de 5.962 que había a julio de 1975, a 49.777 a agosto de 1977, y se da un incremento muy alto por mes en este sector. De seguir el ritmo acelerado que lleva se puede concluir que en término no mayor de 2 años, todas las personas que trabajan por propia cuenta en el país, se encontrarán afiliados al Seguro Social.

Para alcanzar esa meta se está diseñando una campaña divulgativa dirigida a ese sector y tendiente a orientarlo y concientizarlo para que adquiriendo una nueva mentalidad cumplan con el deber de contribuir con los programas de Seguridad Social a cargo de la Caja.

En relación al cobro al Estado por los servicios dados a los asegurados por el Estado, denominación que se le ha dado a la población *indigente y sin capacidad económica alguna*; se está estudiando una política institucional que agilice la mecánica de facturación de los servicios y recuperación de los mismos, fijando un promedio nacional, tomando en cuenta que se tiene suficiente información estadística para hacerlo en relación a la cantidad de consultas o estancias que se ocupan en cada área de servicios integrados.

Como se observa, los aspectos cuantitativos son básicos en el Sistema comentado, sin embargo, dentro del desarrollo de los procedimientos se presentan derivaciones cualitativas entre objetivos y actividades

que son aprovechadas para visualizar el comportamiento económico -social de las categorías de pacientes que hacen uso de los servicios médico asistenciales en los programas de medicina integrada. Por ello, no hay duda que a medida que se completa el proceso de universalización de los Seguros Sociales y el de integración de los Servicios de Salud, queda en plena evidencia el valioso aporte del sistema de cobros y verificación de derechos.

3.5 PROGRAMAS DE INVERSION EN OBRAS DE INFRAESTRUCTURA MEDICO-HOSPITALARIA

3.5.1 Objetivos generales:

Continuar mejorando la calidad de los servicios médicos a nivel nacional, con énfasis en las zonas rurales.

Con este programa que se lleva a cabo mediante financiación conjunta entre el Banco Interamericano de Desarrollo y la Caja Costarricense de Seguro Social, se completarán en su mayor parte los planes universalización de los Seguros Sociales, lo cual conlleva el otorgamiento de la medicina social y sus prestaciones complementarias, tanto a la población asegurada como a la no asegurada.

Otro de los objetivos fundamentales es lograr una mejor distribución y utilización de los recursos humanos y de los recursos en general, destinados al sector de la salud en Costa Rica, y también poner a funcionar en todos los nuevos centros que se van a construir, programas de medicina preventiva.

Estos objetivos concuerdan plenamente con los propósitos del Plan Nacional de Salud, ya que todos los aspectos han sido coordinados por las unidades sectoriales de planificación de ambas entidades, el Ministerio y la Caja, y con la mira puesta en la unidad hospitalaria como sistema y en una medicina igual para todos.

3.5.2 Las nuevas obras

La construcción de las nuevas obras de infraestructura comprende:

- Tres Hospitales Regionales (Limón, San Carlos y Ciudad Neilly).

  Estos Hospitales serán de carácter regional y su campo de acción está circunscrito a la región Programática de salud respectiva.
  Cada uno de ellos será autosuficiente en especialidades básicas y aquellos en los cuales su infraestructura le per

mite atender manteniendo una estrecha relación con los centros médicos de mayor complejidad, hacia donde canalizará los casos que necesitan un cuidado médico más delicado. Los servicios serán para toda la población, sin descriminación.

Hospital de San Carlos:
Costo ₡ 39.612.000,oo. Se inició en setiembre de 1976 y finalizará en marzo de 1979.

Hospitales de Limón:
Costo ₡ 46.795.000,oo. Su construcción se inició en julio de 1977 y finalizará en mayo de 1979.

Hospital del Pacífico Sur:
Costo ₡ 25.000.000,oo. Se iniciará en octubre de 1977 y finalizará en setiembre de 1979.

El costo global de los tres Hospitales Regionales se eleva a ₡ 111.407.000,oo.

- Tres Hospitales Periféricos Upala, Los Chiles y San Vito de Java.

Hospital en San Vito de Java:
Costo ₡ 7.000.000,oo. Su construcción se inciará en octubre de 1977 y finalizará en enero de 1979.

Hospital en Los Chiles:
Costo ₡ 7.000.000,oo. Su construcción se inciará en octubre de 1977 y finalizará en enero de 1979.

Hospital en Upala:
Costo ₡ 7.000.000.oo. Su construcción se iniciará en octubre de 1977 y finalizará en enero de 1979.

El monto de las inversiones en estos tres Hospitales es de ₡ 21.000.000.oo.

Estos Centros prestarán sus servicios de Hospitalización y de Consulta Externa que requieren esas poblaciones re

mitiendo a los Hospitales de mayor complejidad los casos necesarios para constituir en esta forma la pirámide de niveles de extensión médica.

- Doce Clínicas de Consulta Externa distribuidas en todo el país, básicamente en las Zonas Rurales.

Clínica en Cariari, Limón:
El costo es de ₡ 2.115.000,oo. Se iniciará en octubre de 1977 y estará finalizada en mayo de 1978.

Clínica de Santa María de Dota:
El costo es de ₡ 1.596.000,oo. Se iniciará en octubre de 1977 y finalizará su construcción en mayo de 1978.

Clínica de la Perla, Siquirres:
Su costo será de ₡ 960.000,oo. Su construcción se iniciará en octubre de 1977 y finalizará en mayo de 1978.

Clínica 27 de abril, Península de Nicoya:
Costo ₡ 1.800.000,oo. Se iniciará su construcción en Octubre de 1977 y finalizará en mayo de 1978.

Clínica de Hojancha, Nicoya:
Costo ₡ 1.800.000,oo. Su construcción se inciará en Octubre de 1977 y finalizará en mayo de 1978.

Clínica de Colonia Carmona, Guanacaste:
Costo ₡ 1.800.000,oo. Su construcción se inciará en Octubre de 1977 y finalizará en mayo de 1978.

Clínica de Jicaral, Puntarenas:
Costo ₡ 1.800.000,oo. Se iniciará la construcción en Octubre de 1977 y finalizará en mayo de 1978.

Clínica en Chomes, Puntarenas:
Costo ₡ 1.897.000,oo. Su construcción se iniciará en Octubre de 1977 y finalizará en mayo de 1978.

Clínica de la Cruz, Guanacaste:
Costo ₡ 1.800.000,oo. Su construcción se inció en Diciembre de 1977 y finalizará en junio de 1978.

Clínica de la Cuesta, Frontera Sur:
Costo ₡ 1.518.700.oo. Su construcción se inciará en octubre de 1977 y finalizará en mayo de 1978.

Clínica de San Joaquín de Flores, Heredia:
Costo ₡ 6.099.000,oo. Su construcción se inició en septiembre de 1976 y finalizará en octubre de 1977.

Clínica en San Rafael de Heredia:
Costo ₡ 2.640.000,oo. Su construcción se iniciará en diciembre de 1977 y finalizará en junio de 1978.

La inversión de estas Clínicas de Consulta Externa es por un total de ₡ 25.825.000,oo.

En la totalidad de esas nuevas clínicas se prestarán servicios de Medicina General y Medicina Preventiva; y en muchas de ellas habrá servicios médicos especializados, de acuerdo con el lugar y con las necesidades al respecto. El tipo de estos edificios permitirá, mediante el sistema de módulos, modificar y ampliar sus estructuras, según sea necesario en el futuro.

3.5.3 Incremento de Recursos Humanos:

El programa de construcción y ampliación de obras de infraestructura y mejoramiento de servicios médicos, conlleva un importante incremento de los recursos humanos profesionales.

Según las previsiones que se han hecho al respecto, el proyecto completo descrito antes hará aumentar el empleo de profesionales en las disciplinas médicas, paramédicas y en labores administrativas, en la siguiente forma:

135 Médicos
120 Enfermeras
354 Auxiliares de Enfermería
16 Odontólogos
23 Microbiólogos
14 Farmacéuticos
105 Técnicos
239 Técnicos Administrativos
530 Personal de Apoyo (limpieza, mantenimiento y otros).

para un total de 1.536 nuevos empleados profesionales al servicio de la medicina social.

3.5.4 Programas de cooperación técnica

Toda esta acción que ha generado el otorgamiento del préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo, contiene un valioso complemento que es el programa de cooperación técnica, incluído dentro del crédito y que será aportado por el propio BID.

Comprende este plan varias becas para especializaciones en el exterior, en disciplinas médicas, por un tiempo total de 90 meses.

Un segundo grupo de becas será para preparar técnicos en asesorías, administración hospitalaria y en servicios de salud en general.

A lo anterior hay que sumar diversidad de cursos nacionales y un programa permanente de enseñanza, para sufragar la preparación de personal calificado en servicios de salud, el cual estará a cargo del Centro de Docencia e Investigación y de la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos de la Institución.

Consideramos además conveniente incluir en este aporte, la información referente a planes de corto plazo que tiene la Institución en materia de infraestructura física médico-hospitalaria, como una segunda etapa del Proyecto Caja Costarricense de Seguro Social-Banco Interamericano de Desarrollo, anteriormente mencionado. Cabe señalar que esta segunda etapa está en idea, por lo que la información que se brinda a continuación, está sujeta a las correcciones y ajustes que se consideren pertinentes en el transcurso de las negociaciones con el mencionado organismo internacional.

3.5.5 Resumen 2a. Etapa Proyecto CCSS-BID

País:	Costa Rica
Proyecto:	Infraestructura básica médico-hospitalaria del Seguro de Enfermedad y Maternidad - II.
Prestatario:	Caja Costarricense de Seguro Social
Organo Ejecutor:	Caja Costarricense de Seguro Social
Costo total del programa:	US $ 38.0 millones. Compuesto por: a) aporte del B.I.D. US $ 30.0 millones b) aporte local (fondos de contrapartida) US $ 8.0 millones

Objetivos

El objetivo que persigue la institución es el de completar la segunda etapa del proyecto de Infraestructura básica, el cual en su primera etapa comprendió la construcción de tres hospitales, tres clínicas materno-infantil y doce clínicas de consulta externa, por un monto total de $ 28.0 millones.

La segunda etapa del referido proyecto tiene como finalidad esencial mejorar sustancialmente los hospitales traspasados, sustituir algunos de ellos y dotar de nuevos centros a zonas que aún carecen totalmente de asistencia médica. Con esto la Caja dotaría al país de la infraestructura necesaria para llevar a cabo en forma satisfactoria la universalización de los diversos seguros sociales puestos a su cargo. Además mejorar la calidad de los servicios médicos y a través de ellos restaurar y/o mantener la salud de los costarricenses.

Características generales del proyecto

El proyecto que nos ocupa comprende la edificación, reparación, ampliación, modernización y equipamiento de los establecimientos de salud, que la Caja ha determinado como necesarios para la consecución de sus objetivos; los establecimientos citados pueden clasificarse de la manera siguiente:

a- Hospitales a construir
b- Hospitales traspasados a la Caja a ser ampliados y/o remodelados
c- Clínicas - Hospital a construir
d- Clínicas de consulta externa a construir

Una característica importante común a todas esas unidades, la encontramos en el hecho de que dispondrán todas de sus respectivos consultorios de medicina preventiva, en vista de la coordinación que se busca entre este tipo de medicina y la asistencial.

Otra característica relevante se refiere a los criterios utilizados para la localización de cada establecimiento a construir, los cuales se han ubicado en función de los "polos de desarrollo" actuales y esperados en el país.

Beneficios esperados

Los beneficios que obtendrá el país a consecuencia de esta segunda etapa del proyecto, creemos son suficientemente satisfactorios si consideramos las condiciones actuales en que se desarrolla la actividad del Sector Salud.

1- El proyecto permitirá considerar el sector como un todo debidamente coordinado, lo que hará posible la descentralización administrativa-funcional, lográndose con esto una mejor distribución de los recursos.

2- Se aumentará, equipará y modernizará la capacidad física instalada lo que permitirá el mejoramiento de la calidad de los servicios médicos, no solo en las zonas actualmente servidas, sino en todo el territorio nacional.

3- Además, las prestaciones médicas se integrarán, es decir, estarán dirigidas a la totalidad de la población y no únicamente a los asegurados asalariados tradicionales.

4- Se evitará la duplicidad de servicios (y por consiguiente el exceso de gasto) ya que al considerar el sector como un todo, los servicios médicos se otorgarán a toda la población.

5- Existirá una mejor distribución de los recursos, los cuales se asignarán de acuerdo con las necesidades de los grupos de población.

Definición y tipo de unidades a construir

Los centros de salud a construir, a ampliar y a remodelar, serán diseñados o rediseñados según las necesidades de cada lugar previo estudio y evaluación que se hará conforme a la experiencia que la Caja tiene en este campo.

Clínica Hospital (Clínica tipo A)

Es un establecimiento de tamaño y complejidad intermedia, destinado principalmente a la atención ambulatoria, cuenta con camas para hospitalización transitoria y atención de partos. Su número de camas fluctúa entre 6 y 25 de acuerdo a la población a atender.

Tienen como responsabilidad brindar servicios médicos generales a la población que le corresponde y servicios de apoyo a los Puestos de Salud que dependen de este centro de salud. Este centro exige la jefatura de un médico-cirujano.

Centro de Salud tipo B-4 o Clínicas Periféricas

Son establecimientos de salud de gran tamaño y complejidad destinados a proporcionar atención exclusivamente ambulatoria en las cuatro especialidades básicas y sub-especialidades. Cuenta con servicios de ayuda diagnóstica (Laboratorio, Rayos X).

En realidad no es otra cosa que la prolongación del Hospital a la Comunidad. Se encuentra ubicado en grandes urbes, donde pueden existir más de uno.

Centro de Salud tipo B-3

Es el Centro de Salud Tipo B más desarrollado y por lo tanto de mayor complejidad, en él se proporciona consulta médica general y de especialidad, cuenta con servicios de ayuda diagnóstica (Laboratorio). Se encuentra situado en ciudades de más de 10.000 a 25.000 habitantes.

Centro de Salud tipo B-2

Es un establecimiento de salud de menor complejidad que el anterior y por lo tanto cuenta con un menor número de horas médicas y algún servicio de ayuda diagnóstica. Se encuentra ubicado en poblaciones que fluctúan entre más 5.000 y menos de 10.000 habitantes.

Cuenta con más de dos médicos permanentes y visitas periódicas de médicos de ciertas especialidades. Presta servicios de apoyo a los Centros de Salud Tipo B 1 y Puestos de Salud.

Centro de Salud tipo B-1

Es el más pequeño de este tipo de establecimiento, ubicado en poblaciones cuyo número de habitantes fluctúa entre 2.500 a 5.000. Cuenta como mínimo con un médico de cuatro horas diarias, no cuenta con servicios de ayuda diagnóstica, presta servicios de apoyo a Puestos de Salud.

SUSTITUCION, CREACION Y REMODELACION DE CENTROS MEDICO HOSPITALARIOS POR REGIONES PROGRAMATICAS - 1978

Región No. 1 (Central)

Ipis de Goicoechea	Creación de Clínica Tipo B 4
Zona oeste de San José (Mora-Sta. Ana)	Creación de Clínica Tipo B 4
Zona este de San José (Tres Ríos-Curridabat)	Creación de Clínica Tipo B 4

Puriscal	Creación de Clínica - Hospital
Aguirre	Sustitución del Hospital Max Terán

Región No. 2 (Norte)

Alajuela	Sustitución Hospital
Heredia	Sustitución Hospital por Clínica-Hospital
San Ramón	Remodelación Hospital
Grecia	Remodelación Hospital
Jacó (Puntarenas)	Creación Clínica Tipo B 1
Puerto Viejo (Sarapiquí)	Creación Clínica-Hospital
Guatuso	Creación Clínica-Hospital

Región No. 3 (Pacífico Seco)

Cañas	Creación Clínica-Hospital
La Cruz	Creación Clínica Tipo B 2
Tilarán	Creación Clínica Tipo B 3
Ingenio Taboga	Creación Clínica Tipo B 1
Puerto Caldera	Creación Clínica Tipo B 3

Región No. 4 (Atlántico)

Cartago	Remodelación Hospital
Cervantes	Creación Clínica B 2

Orosi	Creación Clínica B 2
Bribrí	Creación Clínica-Hospital

Región No. 5 (Pacífico Sur)

Laurel	Creación Clínica Tipo B 1
Golfito	Sustitución del Hospital por creación Clínica-Hospital
Ciudad Cortés	Creación Clínica-Hospital
Puerto Jiménez	Creación Clínica Tipo B 1

Costos del Proyecto

El costo total del proyecto de financiamiento integral de Obras de infraestructura médico-hospitalaria del Régimen de Enfermedad y Maternidad, asciende a ₡ 324.5 o US $ 38.0 millones. (US $ 1= ₡ 8.54).

Este monto comprende los porcentajes correspondientes a los imprevistos en la parte de construcción, los equipos y el escalamiento esperado durante la ejecución del proyecto.

De estos US $ 38.0 millones, se espera financiar el 80 % con los fondos del préstamo solicitado o sean US $ 30.0 millones. El 20 % restante (US $ 8.0 millones) serán financiados con fondos propios de la institución.

Tiempo previsto para la ejecución del proyecto

El tiempo previsto para la ejecución del proyecto, ha sido considerado en 4 años contados a partir de la fecha de aprobación definitiva del proyecto, que se estima para el año 1978.

Cooperación técnica

Para estos efectos se ha destinado la suma de US $ 300.000,oo (₡ 2.5 millones), que se destinarán básicamente al proyecto de "Reforma Administrativa integral de la Caja Costarricense de Seguro Social" contemplada en los siguientes puntos:

01. Regionalización médico-administrativa

02. Fortalecimiento institucional a nivel nacional de las nuevas aplicaciones administrativas, contables y financieras.

CAPITULO IV

REGIONALIZACION DEL SISTEMA DE SALUD.

4.1 Regionalización actual.
4.2 Nueva Regionalización.
- 4.2.1 Antecedentes que sirvieron de base para la nueva Regionalización.
- 4.2.2 La Regionalización aprobada.
- 4.2.3 Comentarios específicos acerca de la Regionalización propuesta.

CAPITULO IV

REGIONALIZACION DEL SISTEMA DE SALUD.

La regionalización es el instrumento administrativo que permite, a nivel intermedio, la consolidación de los programas nacionales de salud para facilitar su ejecución a nivel local. El principal objetivo de la regionalización es coordinar todos los recursos humanos y materiales disponibles de la región, a fin de obtener su mejor utilización, evitando duplicaciones y permitiendo la accesibilidad de toda la población, sin discriminaciones, a los establecimientos de salud ubicados en la región.

La mejor manera de introducir este complejo concepto de la regionalización es a través de la motivación de la comunidad y de la clara comprensión del personal profesional, técnico y administrativo de la salud a fin de que, tanto los que prestan los servicios como los usuarios, estén conscientes de la importancia de una labor armónica y coordinada dentro de la región.

Para que la regionalización tenga éxito debe aspirarse a que cada región sea autosuficiente, incluyendo un sector urbano, uno suburbano y otro rural.

Fundamentalmente, la regionalización implica descentralización administrativa con el fin de simplificar los trámites burocráticos y la consolidación presupuestaria a nivel regional con objeto de distribuir los recursos en función de los programas de salud de la región.

Es indispensable que las autoridades centrales participantes en el proceso de coordinación deleguen autoridad en un jefe o director regional; este jefe regional debe ser un administrador de servicios de salud de la más alta competencia que goce de la confianza de todas las instituciones coordinadas. Además, debe tener atribuciones suficientes para manejar el personal y el presupuesto con libertad, todo dentro de las normas y límites legales establecidos y la adecuada conducción técnica de los programas de salud a nivel local.

Es evidente que la regionalización no funcionará eficientemente sin el liderazgo de un director regional que además del conocimiento técnico y administrativo adecuado para manejar los servicios, tenga habilidades de líder para dirigir el equipo de salud y mantener un diálogo de alta inspiración médico-social con la comunidad residente en la región. Debe tener también aptitudes docentes, ya que con frecuencia los establecimientos de la región se utilizarán para la enseñanza de estudiantes de medicina y otras profesiones afines.

Para que la regionalización represente un instrumento efectivo de coordina

ción entre todos los servicios de salud, es necesario que los establecimientos de salud de la región, sin consideración a cual sea la institución propietaria, participen con todos sus recursos en la programación, administración y ejecución de los programas locales de salud.

En el orden administrativo, esta participación significará una distribución del trabajo y de las responsabilidades que evite duplicaciones y que permita el apoyo continuo entre los organismos, a fin de alcanzar la mayor productividad posible de la capacidad instalada y de los equipos disponibles para la ejecución de los programas.

La base de operaciones debe estar en un hospital general que puede, en algunas oportunidades, ser un hospital docente, pero que en todo caso, dispondrá de la mayoría de las especialidades médico-quirúrgicas y de los servicios médicos auxiliares indispensables para un buen diagnóstico y tratamiento. Los recursos humanos y materiales especializados del hospital regional son de alto costo y, en consecuencia, deben estar reservados para los pacientes que necesiten tratamiento especializado. Es recomendable que el hospital esté departamentalizado de acuerdo con las grandes especialidades de la medicina y que los pacientes se clasifiquen según la gravedad de sus dolencias, pudiendo disponer de los servicios de emergencias, recuperación y cuidados intensivos, en los que el tratamiento médico se concentre en beneficio del paciente agudo o grave. El consultorio externo del hospital general -en el que igualmente deben estar representadas todas las especialidades- se transforma así en el terreno común de entendimiento, donde la medicina preventiva y la curativa se practican en forma integral, y representa además el lazo de unión entre los servicios hospitalarios y los servicios periféricos distribuidos dentro de la región.

4.1 Regionalización actual

La Caja Costarricense de Seguro Social actualmente utiliza el sis de Regionalización que por mucho tiempo ha usado el Ministerio de Sa lud.

La regionalización mencionada comprende cinco regiones programáticas, distribuidas como sigue:

Región Programática No. 1 (Central)

Región Programática No. 2 (Norte)

Región Programática No. 3 (Pacífico Seco)

Región Programática No. 4 (Atlántica)

Región Programática No. 5 (Pacífico Sur)

En el cuadro No. 14 se detallan los lugares pertenecientes a cada región según provincias y cantones, así mismo el mapa adjunto nos muestra la respectiva división del territorio nacional.

Dada una serie de situaciones adversas que ha presentado dicha regionalización en cuanto a su conformación misma, ha sido preocupación en los últimos años desarrollar un sistema de regionalización que venga a constituirse en un mecanismo efectivo de desarrollo nacional integral.

Basados en la importancia de una regionalización efectiva como sistema para impulsar y orientar el desarrollo del país, se ha llegado luego de estudios intensos, a crear una nueva regionalización, de la cual a continuación hacemos un esbozo general.

4.2 4.2 Nueva Regionalización

La Oficina de Planificación Nacional y Política Económica, tomando en cuenta los siguientes antecedentes, aprobó por resolución del Consejo Nacional de Política Regional y Urbana, en marzo de 1977, la Regionalización que se describe a continuación (ver mapa siguiente "Regiones programáticas para todos los sectores"), la cual será incorporada a todas las instituciones del país en muy corto plazo.



REGIONES

1 CENTRAL

2 NORTE

3 PACIFICO SECO

4 ATLANTICA

5 PACIFICO SUR

Regiones Programàticas del Sector Salud

REGIONES PROGRAMATICAS

REGION PROGRAMATICA N° 1 (Central)

Provincia de San José:	Cantones:	Cantón Central	Alajuelita
		Escazú	Coronado
		Desamparados	Acosta
		Puriscal	Tibás
		Aserrí	Moravia
		Mora	Montes de Oca
		Goicoechea	Turrubares
		Santa Ana	Curridabat
Provincia de Cartago:		La Unión	
Provincia de Puntarenas:		Aguirre	Parrita

REGION PROGRAMATICA N° 2 (Norte)

Provincia de Alajuela:		Cantón Central	Poás
		San Ramón	Orotina
		Grecia	San Carlos
		San Mateo	Alfaro Ruiz
		Atenas	Valverde Vega
		Naranjo	Los Chiles
		Palmares	Guatuso
Provincia de Heredia:		Cantón Central	San Isidro
		Barba	Belén
		Santo Domingo	Flores
		Santa Bárbara	San Pablo
		San Rafael	Sarapiquí
Provincia de Puntarenas:		Distrito Jacó	

Provincia de Guanacaste:	Cantones:	Cantón Central	Abangares
		Nicoya	Tilarán
		Santa Cruz	Nandayure
		Bagaces	La Cruz
		Carrillo	Hojancha
		Cañas	
Provincia de Puntarenas:		Central (excepto Distrito Jacó)	
		Esparza	Montes de Oro
Provincia de Alajuela:		Upala	

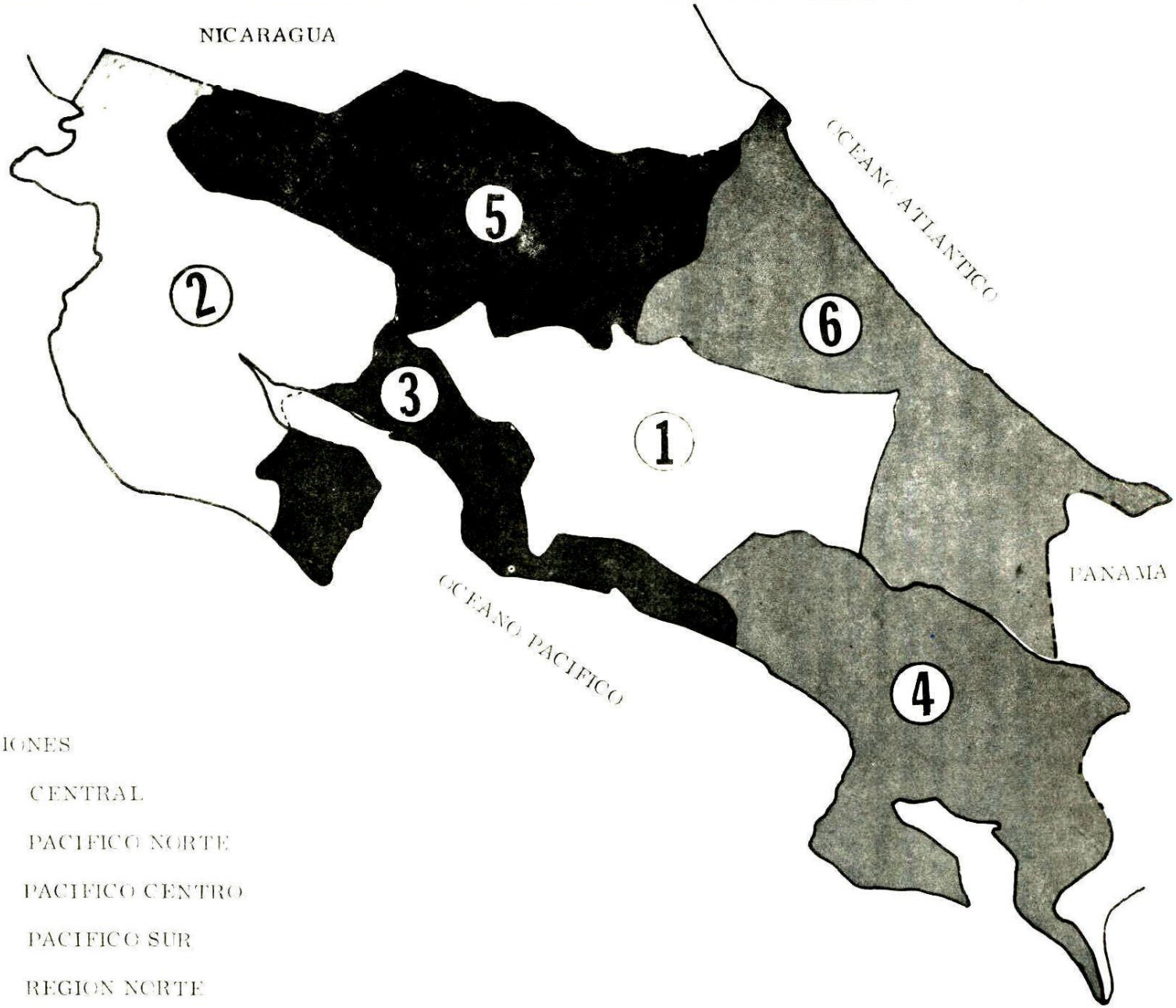
REGION PROGRAMATICA N° 4 (Atlántica)

Provincia de Cartago:		Cantón Central	Alvarado
		Paraíso	Oreamuno
		Jiménez	El Guarco
		Turrialba	
Provincia de Limón:		Cantón Central	Talamanca
		Pococí	Matina
		Siquirres	Guácimo
Provincia de San José:		Dota	León Cortés
		Tarrazú	

REGION PROGRAMATICA N° 5 (Pacífico Sur)

Provincia de San José:		Pérez Zeledón	
Provincia de Puntarenas:		Buenos Aires	Golfito
		Osa	Coto Brus

REGIONES PROGRAMATICAS PARA TODOS LOS SECTORES



REGIONES

1 CENTRAL

2 PACIFICO NORTE

3 PACIFICO CENTRO

4 PACIFICO SUR

5 REGION NORTE

6 REGION ATLANTICA

4.2.1 *Antecedentes que sirvieron de base para la nueva Regionalización*

Aunque Costa Rica es un país muy pequeño (50.900 Km2) y con una población bastante reducida (2 millones de habitantes), espacialmente presenta una gran diversidad de condiciones en lo que se refiere a aspectos físicos y recursos naturales y humanos, mayor, inclusive, a la que existe en países mucho más extensos y poblados. En el campo de la producción, esto explica las grandes diferencias que, en cuanto a la aptitud básica, se dan entre las distintas áreas del país. En esta forma, la gran variabilidad de tipos de clima y de suelos permite la especialización en productos agrícolas totalmente distintos.

La diversidad que caracteriza a Costa Rica no ha sido bien aprovechada; es más, en muchos casos ha tendido a crear problemas al ser olvidada o subestimada. Así, la tendencia a considerar el país como un todo homogêneo ha originado grandes fracasos, tanto dentro de la esfera pública como de la privada y ha significado el desperdicio de muchos recursos naturales y humanos, cuando, por el contrario, el buen aprovechamiento de la diversidad anotada podría ser precisamente una base para su desarrollo.

El pleno reconocimiento de que el país es altamente heterogêneo y la consiguiente definición de políticas de desarrollo que contemplen y, es más, traten de aprovechar esa condición, podría facilitar el logro de un amplio mejoramiento en los niveles de vida de la mayoría de la población del país, dentro de un plazo relativamente reducido.

Por otra parte, el rumbo que ha venido siguiendo el país en ciertos aspectos, dificulta el buen aprovechamiento de sus grandes y variados recursos y por ende su desarrollo. Por ejemplo, Costa Rica está alcanzando niveles de concentración demográfica y económica en un área específica, que se cuentan entre los más elevados de la América Latina. Casi un 50 % de la población y una proporción mucho mayor aún de la actividad económica en general, se concentran en un reducido sector central que comprende las ciudades de San José, Alajuela, Cartago y Heredia. En comparación con esta enorme aglomeración básicamente urbana, las ciudades del resto del país son extraordinariamente pequeñas y su mismo crecimiento se ve frenado por la concentración tan excesiva de actividades en el área central.

En resumen, el aprovechamiento racional de los recursos naturales y humanos de que dispone Costa Rica, se ha visto obstaculizado por la poca importancia que se le ha dado hasta ahora a la heterogeneidad espacial que caracteriza al país y por la grande y creciente concentración de la población y la actividad económica en un área muy reducida del territorio nacional.

Como una reacción ante estos problemas, se hacía urgente subdividir el país en una serie de grandes áreas o regiones que "podrían considerarse como unidades de referencia para los trabajos de planificación, administración e investigación". Cada una de esas regiones debe cumplir con ciertos requisitos de homogeneidad interna, es decir, las áreas incluídas dentro de cada una de ellas deben tener un máximo de características en común. Por otro lado, la conformación de regiones debe procurar que éstas sean lo más diferentes entre sí que sea posible y que se definan en tal forma que cada una de ellas abarque lo que, en el momento actual o en un futuro cercano, constituya el área funcionalmente bajo la influencia de un centro urbano importante.

4.2.2 La Regionalización aprobada

En base a las consideraciones anteriores, se ha dividido el país en seis regiones: Región Central, Región Pacífico Norte, Región Pacífico Centro, Región Pacífico Sur, Región Norte y Región Atlántica, cada una de las cuales cuenta con un buen número de características en común, es decir, cumplen con el requisito indispensable de la homogeneidad interna, y, al mismo tiempo, en el aspecto funcional tienen centros regionales bien definidos.

Esta regionalización se fundamenta esencialmente en un estudio muy completo del experto alemán Dr. H. Nuhn, en el cual se divide el país en regiones homogêneas en lo que respecta a un gran número de variables físico-geográficas y socio-económicas, que a su vez son modificadas de acuerdo a los resultados de un análisis de las inter-relaciones funcionales. Posteriormente, la Oficina de Planificación introdujo algunas modificaciones a la regionalización recomendada por Nuhm, para llegar finalmente a la que ahora se propone. Para aprovechar mejor la información censal y los diversos estudios existentes, se trató de mantener íntegramente cada uno de los 80 cantones del país dentro de una región determinada, pero en el caso de cuatro cantones específicos altamente heterogêneos (Central de Alajuela, San Ramón, Grecia y Sarapiquí), fue

necesario subdividir el área cantonal entre dos regiones contiguas. Debe indicarse que los límites distritales fueron respetados en todos los casos, es decir, no hubo subdivisión de distritos.

La regionalización aprobada no debe ser considerada estática. Conforme pase el tiempo se dispondrá de más información y ocurrirán modificaciones en las interrelaciones funcionales de los diferentes centros poblados, que harán necesaria la introducción de ajustes a los límites regionales que ahora se proponen.

REGIONES DE COSTA RICA

Se identifican en el país, para efectos de planificación socio-económica, seis regiones que son:

I Región Central

II Región del Pacífico Norte

III Región del Pacífico Centro

IV Región del Pacífico Sur

V Región Norte

VI Región Atlántica

4.2.3 Comentarios específicos acerca de las regiones propuestas

I.- Región Central

Esta región se ubica en la parte central del país y no alcanza en ninguna parte el área costera. Comprende lo que tradicionalmente se ha denominado Valle Central, así como una buena proporción de áreas muy montañosas. Incluye las ciudades de San José, Alajuela, Cartago y Heredia, que constituyen los núcleos urbanos fundamentales del país.

La Región Central concentra más del 60 % de la población del país y en ella se ubica la mayor parte de la industria, el comercio y servicios públicos y personales. Además, constituye un área muy importante en lo que se refiere a la producción agropecuaria, en especial de aquellos productos que requieren clima templado o frío.

Hasta hace unos 15 años la región era, en conjunto, una área de emigración, pero en los últimos años ha visto aumentar continuamente su importancia relativa dentro de la población del país, como resultado de la cada vez más acentuada atracción de migrantes.

II.- Región Pacífico Norte

Ocupa la porción Norte de la vertiente del Pacífico (provincia de Guanacaste). En términos generales constituye una área baja y de clima cálido, con una estación seca larga y muy bien definida. Estas características explican el tipo de producción agropecuaria de la región, muy orientada a la ganadería de carne y a los granos.

En el aspecto cultural muestra características que la diferencian marcadamente de las otras regiones del país. Su potencial es básicamente agropecuario, pero sus tierras se encuentran actualmente bastante subutilizadas. Cuenta además con grandes recursos turísticos y pesqueros no bien utilizados aún y con un potencial minero que podría llegar a ser importante.

En los últimos 15 años la región se ha convertido en una área de emigración muy fuerte, la cual podría detenerse en el futuro como resultado de la ejecución de un gran proyecto de irrigación y de otros proyectos que tienden a incrementar el empleo de mano de obra mediante un uso más intensivo de las tierras.

III.- Región Pacífico Centro

Se localiza en la parte central del área costera del Pacífico. Es la más urbana de las cinco regiones periféricas del país.

Dispone para su desarrollo de un importante potencial agropecuario, subutilizado actualmente y de amplias posibilidades en los campos turístico y pesquero. La ciudad de Puntarenas, su centro urbano principal, constituye uno de los puertos marítimos más importantes de

Costa Rica y puede ser considerado como uno de los sitios más adecuados para llevar a cabo un amplio programa de desconcentración industrial. Esta posición se verá reforzada con la construcción del Puerto de Caldera, constituyendo lo que actualmente se denomina El Gran Puntarenas.

En las últimas décadas la región Pacífico Centro ha venido expulsando importantes contingentes de población.

IV.- Región Pacífico Sur

Ocupa la parte Sur de la vertiente del Pacífico. En la actualidad su economía descansa totalmente sobre la agricultura y la ganadería, siendo su desarrollo urbano bastante reciente.

Aunque en el futuro la región seguirá dependiendo fuertemente de la actividad agropecuaria, puede desarrollar también sus amplios recursos forestales y mineros.

El gran dinamismo demográfico que caracterizó a esta región hasta hace poco tiempo se ha detenido y en la actualidad se está convirtiendo en una área de emigración.

V.- Región Norte

Básicamente ocupa las áreas relativamente bajas y de lluvia durante todo el año, que constituyen las cuencas de los ríos que desaguan en el Lago de Nicaragua y en el río San Juan.

Toda su parte colindante con Nicaragua constituye un sector culturalmente bien diferenciado, ya que está habitada en buena medida por población de origen nicaragüense.

Hasta hace pocos años esta región constituyó una área de gran dinamismo demográfico, pero en la actualidad parece haberse convertido en zona de emigración.

Su potencial es casi totalmente agropecuario, disponiendo de grandes extensiones de tierras aptas para la agricultura que no han sido utilizadas todavía.

Esta región no disoone aún de un sistema bien definido de centros urbanos.

VI - Región Atlántica

Ocupa buena parte de la cuenca de los ríos que desaguan directamente al Océano Atlántico. Incluye un sector muy importante de tierras bajas, muchas de ellas inundadas o inundables y una amplia área elevada y muy quebrada constituída por las estribaciones de la Cordillera de Talamanca. Su clima es muy húmedo y con lluvia a través de todo el año.

El potencial de esta región es básicamente agropecuario, pero dispone también de grandes recursos forestales y posiblemente mineros. Su centro regional, la Ciudad de Limón, puede constituirse en un centro industrial importante.

En el aspecto cultural la Región Atlántica de diferencia marcadamente de las restantes regiones del país, debido a la existencia de un numeroso grupo de origen antillano.

Esta región es la única, con excepción de la Región Central, que se mantiene como una área de atracción de población.

CAPITULO V

EL PAPEL DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL PROCESO DE UNIVERSALIZACION DE LOS SEGUROS SOCIALES.

5.1 Planificación de los Recursos Humanos.
5.2 Recursos Humanos de la Institución.
5.3 Políticas para el quinquenio 1978-1982.
5.4 Programa de Servicio Voluntario.

CAPITULO V

EL PAPEL DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL PROCESO DE UNIVERSALIZACION DE LOS SEGUROS SOCIALES

El Sector Salud presenta una característica que lo distingue esencialmente de otros componentes del desarrollo económico y social; en forma mucho más determinante que en otros sectores, los servicios que producen las instituciones de salud dependen de la labor de grupos multiprofesionales que deben operar con un alto grado de coordinación. Es el equipo humano, con toda la complejidad de su estructura y de su función, el elemento fundamental para la producción adecuada de las prestaciones de salud requeridas por la ejecución de los diversos programas.

El recurso humano es entonces el elemento crítico de todo el sistema, no sustituible, y su nivel de desarrollo es el factor condicionante primordial de la eficacia de los programas de salud.

El crecimiento del sector, la diversidad de programas en desarrollo la integración de los servicios médicos como componentes del proceso de Universalización de la Seguridad Social y la responsabilidad que confiere a la salud el ser uno de los instrumentos prioritarios para el desarrollo de la política social de los países, han determinado la magnitud y complejidad actuales de la estructura de los recursos humanos.

5.1 Planificación de los Recursos Humanos

La planificación es uno de los mecanismos de mayor eficacia para lograr la optimización de los recursos humanos y facilitar consecuentemente, la solución de la situación de salud. Ello implica la definición de la orientación que el país desea dar al proceso y presupone el establecimiento de una política estrechamente coordinada con los planes y programas del sector.

La planificación del personal de salud consiste en estimar, desde un punto de vista cualitativo y cuantitativo, los requerimientos previstos, o sea, su número total y de cada una de las categorías (médicos, enfermeras, odontólogos, farmacéuticos, personal técnico, intermedio y auxiliar) y las capacidades (conocimientos, aptitudes, habilidades) que deben poseer.

El problema fundamental del Seguro Social Costarricense en lo que respecta a los Recursos Humanos reside en la formación del personal-médico y paramédico. La disponibilidad de estos recursos es en general baja, en relación a la capacidad instalada, desarrollo actual y necesidades - futuras de la institución. Las políticas sobre recursos humanos han sido y son en la actualidad un tanto liberales; sobre todo en el aspecto médico y paramédico, campo en el cual no se han restringido esfuerzos en la perse

cusión de metas satisfactorias en relación al número, especialidad y capacidad del personal.

Para ese fin la institución cuenta con un Centro de Docencia e Investigación, organismo mediante el cual se coordina todo lo relativo a la formación y capacitación del personal médico y paramédico.

También se cuenta con la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, a través de la cual se canaliza todo lo relativo a la formación y capacitación del personal administrativo.

Además de las Unidades de la institución ya mencionadas, hay que mencionar una serie de centros educativos que funcionan en el país, los cuales colaboran significativamente en la formación de recursos humanos, tanto en la rama médica como administrativa.

5.2 Recursos Humanos de la institución

El proceso de expansión que ha sufrido la Caja Costarricense de Seguro Social, como producto de la aplicación de la política de Universalización, puede apreciarse claramente en los gráficos subsiguientes :

Gráfico # 13 "Crecimiento en el número de empleados de la CCSS"

Este gráfico muestra una relación del número de empleados en el período que va de 1972 a 1977. El crecimiento relativo con base al año 1972 alcanza un 240%, situación que por si sola da una idea clara sobre el comportamiento de dicho rubro.

Gráfico # 14 "Distribución del personal de la institución por grupos ocupacionales!' Es interesante observar como está distribuido el personal de la institución. Del total de empleados un 46.3% está compuesto por personal médico y paramédico (médicos, enfermeras, técnico-paramédico etc) y un 53.7% por personal administrativo y misceláneo.

Gráfico # 15 "Distribución del personal según área geográfica!' Aquí observamos en forma global como se distribuye el personal de la institución por área geográfica, correspondiendo a la zona urbana la mayoría de empleados, circunstancia que concuerda con la situación operativa del sector, pues es en la zona urbana donde están ubicados los centros hospitalarios de mayor jerarquía, (hospitales nacionales y especializados), así como las oficinas administrativas centrales de la institución

GRAFICO # 13

CRECIMIENTO EN EL NUMERO DE EMPLEADOS DE LA

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

1972 - 1976

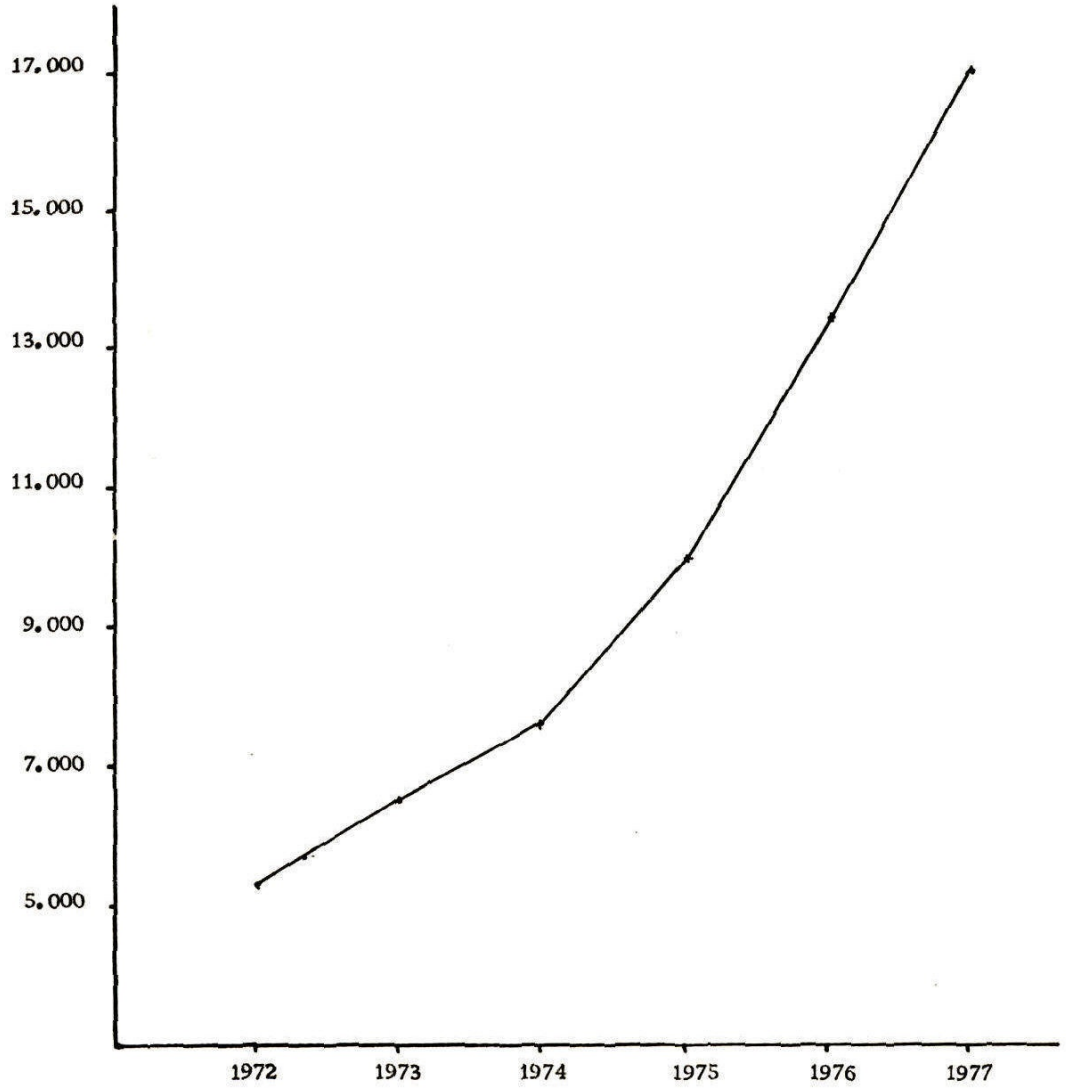
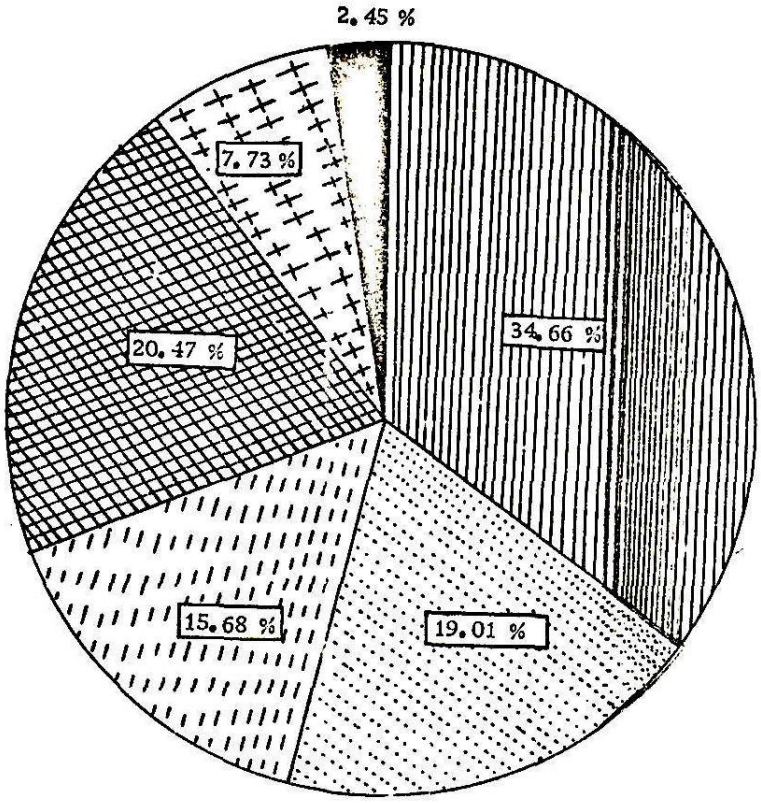


Gráfico # 14

DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE LA INSTITUCION

POR GRUPOS OCUPACIONALES



Personal miscelâneo

Personal de Enfermería

Personal Administrativo

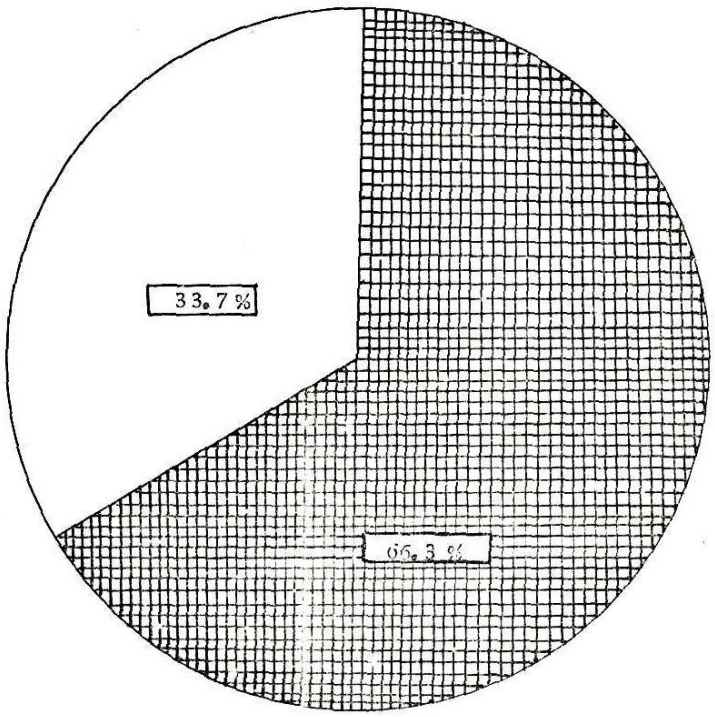
Médicos

Personal Para-médico Auxiliar

Otros profesionales en Ciencias Médicas

Gráfico # 15

DISTRIBUCION DE PERSONAL DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL SEGUN AREA URBANA Y RURAL



Urbana

Rural

5.3 Políticas para el quinquenio 1978-82

5.3.1 Destinar los esfuerzos necesarios, a través de planes y programas debidamente formulados, con el propósito de obtener las cantidades de recursos humanos necesarios de acuerdo con la demanda real y potencial de servicios; la cual debe estar íntimamente relacionada con los avances que se logren en el plan general de la universalización de los Seguros Sociales.

5.3.2 Reforzar aún más los vínculos de coordinación con la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

5.3.3 Creación y utilización intensiva de centros de adiestramiento y capacitación, en las zonas programáticas, como unidades regionales que faciliten el adiestramiento y la capacitación de los recursos humanos locales.

5.3.4 Intensificar y consolidar el proceso de formación en la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica, de personal de nivel intermedio en los servicios médicos.

5.3.5 Perfeccionar los sistemas de capacitación en administración y planificación mediante una retroalimentación permanente con los avances técnicos y los resultados de investigación y experiencias en el terreno.

5.3.6 Utilización de mecanismos para retener y estimular la permanencia de los recursos capacitados dentro del sector, y

5.3.7 Establecer y perfeccionar programas continuos nacionales e internacionales, de formación técnica para el personal médico y paramédicc.

5.4 Programa de Servicio Voluntario :

Para el desarrollo de estos programas la Caja Costarricense de Seguro Social utiliza los recursos humanos y materiales que las comunidades le ofrecen.

Promueve a nivel nacional la formación de grupos de personas interesadas en el desarrollo del país, que con sus esfuerzos, habilidades, conocimientos de su propia realidad contribuyan a crear un mejor bienestar físico, mental y social en la población costarricense.

Con esta filosofía, se dictó la reglamentación general para la creación de "Comités de Seguridad Social", en cada uno de los cantones y distritos donde la Caja tiene unidad médica asistencial. Se consideró en este documento la jurisdicción de cada Comité en relación a la población de la localidad.

En una segunda etapa, se previó la formación de Juntas de Protección en los hospitales, cuyos objetivos y metas respondan a las necesidades de la población.

El interés de la Institución en la formación de estos Comités y Juntas se fundamenta en el conocimiento de la necesidad de fortalecer esfuerzos del Estado por ofrecer un mejor servicio a la comunidad, hacer parte activa a la población en sus programas: campañas de prevención contra enfermedades, divulgación de los deberes y derechos de la población asegurada, creación de servicios, por ejemplo: hogares para ancianos; talleres en donde los asegurados reciban atención médica diurna y realicen trabajos que les permita aumentar sus ingresos económicos. Algunos de estos grupos podrán realizar campañas para obtener fondos que permitan la compra de equipos, utensilios e instrumentos diversos, o bien llevar a cabo actividades artísticas y culturales como parte de la salud de la población.

La Caja por su propia naturaleza cuenta con otros grupos voluntarios a quienes asesora y promueve. Algunos de éstos son de carácter internacional, como el intercambio que existe con el Cuerpo de Paz y otros de carácter nacional, como son los grupos de alcohólicos anónimos, que prestan sus servicios en diferentes hospitales; grupos de personas organizadas para donar sangre "DOVOSAN"; grupos de personas para buscar la donación de leche materna; grupos culturales y artísticos que ofrecen periódicamente sus programas para la recreación de los pacientes internados en hospitales nacionales, especialmente de tratamiento continuo; grupos de estudiantes que realizan su Servicio Social en las diferentes unidades, en donde practican, se forman y a la vez ofrecen sus conocimientos; grupos de Damas Voluntarias, constituídas en una Federación de Asociaciones Voluntarias de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social y Afines, que realizan acciones a nivel asistencial y de promoción social tanto en zonas rurales como urbanas. En el campo asistencial las voluntarias dan énfasis al trabajo médico-social en los hospitales, clínicas y centros médico-asistenciales de la Caja. En el campo de la promoción social participan a nivel comunal en la organización de grupos para la educación y concientización de la población, que les permita gozar de una buena salud.

CAPITULC VI

ANEXCS

ANEXOS:

1º PROGRAMA DE DESARROLLO SOCIAL Y ASIGNACIONES FAMILIARES.

2º REGLAMENTO PARA LA EXTENSION DE LOS SEGUROS SOCIALES A LOS TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA.

3º INSTRUCTIVO PARA REGULAR LA PRESTACION DE SERVICIOS Y EL COBRO DE LA ATENCION MEDICA A NO ASEGURADOS EN LAS AREAS DE MEDICINA INTEGRADA.

4º MAPA DE INSTALACIONES MEDICO-HOSPITALARIAS DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.

ANEXO 1

PROGRAMA DE DESARROLLO SOCIAL

Y

ASIGNACIONES FAMILIARES

PROGRAMA DE DESARROLLO SOCIAL

Y

ASIGNACIONES FAMILIARES.

El programa de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares tiene su origen en el proyecto de ley de Asignaciones Familiares, preparado y presentado a la Asamblea Legislativa durante la Administración del Presidente José Figueres Ferrer 1970-1974, proyecto de ley obra del mismo señor Presidente y del ex-Ministro de Trabajo y Seguridad Social, Licenciado Danilo Jiménez Veiga.

Este proyecto consideraba un régimen eminentemente distributivo de Asignaciones Familiares en dinero, cuyos montos se establecerían de acuerdo al ingreso mensual del núcleo familiar y al número de hijos.

Fue en la presente Administración que se modificó sustancialmente el referido proyecto de ley, dando prioridad a un nuevo concepto no expresado en el mismo, referido como desarrollo social, no omitiendo la redistribución directa por medio de dos regímenes: el de pensiones no contributivas a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Régimen de Asignaciones Familiares propiamente.

La ley fue promulgada por el Presidente de la República Lic. Daniel Oduber Quirós y el Ministro de Trabajo y Seguridad Social, señor Francisco Morales Hernández el 23 de diciembre de 1974 y publicado en el Diario Oficial el día 28 del mismo mes. La reglamentación correspondiente a dicha ley apareció publicada en el mismo diario el 27 de marzo de 1975.

La Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, N° 5662 establece en el Capítulo I los siguientes artículos:

Artículo 1°.— Se establece un fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares que por esta ley se crea y se declara de interés público todo lo relacionado con este fondo.

Artículo 2°.— Son beneficiarios de este fondo los costarricenses de escasos recursos económicos, de acuerdo con los requisitos que se establecen en esta ley y sus reglamentos.

Artículo 3°.— Del fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares se

destinarán recursos para pagar programas y servicios a las Instituciones del Estado, que tienen a su cargo la ayuda social complementaria del ingreso a las familias de escasos recursos, tales como el Ministerio de Salud, en sus programas de nutrición preferentemente a través de los Patronatos Escolares y Centros Locales de Educación y Nutrición, el Instituto Mixto de Ayuda Social y el Patronato Nacional de la Infancia. Además se destinarán recursos para:

a) Clínica Nacional de Nutrición con objeto de que se les permita solventar los programas de investigación y enseñanza a nivel nacional, normalización de los programas nacionales de nutrición.

b) Programas de Capacitación Técnica que realice el Instituto Nacional de Aprendizaje.

c) Compra de tierras en el Programa de Asentamientos Campesinos que realiza el Instituto de Tierras y Colonización, todo de acuerdo con propósitos de la presente Ley.

d) A la atención de los ancianos recluídos en establecimientos destinados para ese efecto.

Artículo 4°.— Del fondo se tomará un 20% para la formación de un capital destinado a financiar un programa no contributivo de pensiones por monto básico, en favor de aquellos ciudadanos que, encontrándose en necesidad de amparo económico inmediato, no hayan cotizado para ninguno de los regímenes contributivos existentes o no hayan cumplido con el número de cuotas reglamentarias o plazos de espera requeridos en tales regímenes. Este porcentaje se girará a la Caja Costarricense de Seguro Social, Institución a la cual se le encomendará la administración de este régimen, a título de programa adicional al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte que la misma administra. La reglamentación correspondiente para el otorgamiento de tales beneficios quedará a cargo de dicha Institución.

Si analizamos el artículo 5 de la Ley, se establece que se podrá otorgar prestaciones en dinero efectivo como Asignación Familiar, a los trabajadores de bajos ingresos y que tengan hijos menores de 18 años o inválidos y mayores de 18 o menores de 25 siempre y cuando sean estudiantes de una Institución de educación superior.

Tales prestaciones se otorgarán de acuerdo con lo que se determine en el reglamento sobre las escalas y montos de tales aportes y siempre en carácter general para todo un grupo de trabajadores, sin que en ningún caso puedan resolverse situaciones de carácter individual. En ningún caso las pres

taciones que se otorguen en dinero efectivo podrán ser superiores al 20% del total recaudado al año. En casos muy calificados que se determinarán en el reglamento respectivo, podrá girarse el importe de la Asignación Familiar a favor de la persona o institución que tenga a su cuidado o cargo la crianza y educación de los hijos u otros dependientes de estos trabajadores.

Creemos que estos cinco artículos del Capítulo I de la Ley N°. 5662, son los que debemos analizar a fondo para ver cuál ha sido la actuación del Gobierno del Presidente Oduber en el Programa de Asignaciones Familiares hasta el momento.

En el año 1974 de aprobación de la Ley No. 5662, de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, Costa Rica tenía una población cercana a los dos millones de habitantes. El 61.75% de la población vivía en localidades de menos de dos mil habitantes considerándoseles con las características de población rural, de esa población el 57.3% habita en localidades de menos de 500 habitantes, lo que equivale aproximadamente a un tercio de la población del país.

El 43% de la población nacional es de menos de 15 años y los mayores de 60 años representan el 5%. La tasa de natalidad era de 30 mil (1973). La tasa bruta de mortalidad era de 5.8 mil habitantes. La mortalidad materna era baja; de .93 por mil nacidos vivos, con tendencia al descenso.

La atención institucional del parto alcanzó en 1972 el 74.25% quedando todavía unos 14 mil niños que son atendidos por parteras empíricas. La mortalidad infantil fue de 54.4 por mil nacidos en 1972 con tendencia al descenso. De las defunciones infantiles más del 30% fueron ocasionados por enfermedades prevenibles y otro alto porcentaje por causas reducibles. El 70% de las defunciones ocurridas en el período de uno a cuatro años son prevenibles o reducibles. Alrededor del 45% de los niños mueren sin atención médica. La región central del país denominada la Meseta Central, concentra cerca del 50% de la población total aunque sólo comprende el 6% de la extensión territorial. Es el área de mayor importancia en el desarrollo económico y social, con buenas vías de comunicación y donde se concentra la mayor parte de los recursos de salud. En el resto del país existen núcleos de población importante, pero predomina un gran número de pequeñas poblaciones cuyas viviendas están ubicadas a lo largo de los caminos o de los ríos, es la denominada población rural dispersa, donde los caminos en la época de lluvia se tornan intransitables, contribuyendo al aislamiento en que vive esta población.

En el grupo de población donde la mayor parte tiene muy bajos ingresos económicos, dedicada casi exclusivamente a las actividades agrícolas con altos índices de desocupación y métodos tradicionales de cultivo.

Los servicios de salud para esa población rural dispersa han sido esporádi

cos y a través de unidades móviles que funcionan en el país desde hace varios años, algunos dispensarios del Seguro Social y los grupos voluntarios de salud, tales como: estudiantes, Caravanas de Buena Voluntad y algunos otros que en forma ocasional visitan comunidades rurales. Por otra parte, los servicios de salud establecidos en las cabeceras de provincias o de cantones, donde generalmente pueden comunicarse con vehículo motorizado.

Los servicios de salud que se prestan en dispensarios, centros de salud (antiguamente llamadas Unidades Sanitarias), u hospitales periféricos, básicamente atienden la demanda de los pacientes enfermos de acuerdo al sistema tradicional de atención médica; pero muchas personas no alcanzan a llegar a estos servicios o no pueden por las dificultades económicas o de transportación. En realidad los habitantes de la zona rural de población dispersa sólo acuden a los centros de salud cuando están muy enfermos.

Por otra parte una encuesta dirigida por el programa de salud rural en dieciocho mil doscientos grupos familiares con cerca de noventa mil habitantes, reveló que el 42% de las familias no tienen casa propia, 56% con piso de tierra, 70% se abastecen de agua de río, quebrada o pozo no sanitario, 55% de las casas no tienen letrina y el 60% que usan letrinas están en malas condiciones, sólo un 7.4% tiene alumbrado eléctrico. Según el Censo del año 1973 el 16% de la vivienda rural se califica como mala y el 37.9% como regular.

La Seguridad Social ocupa un lugar importante en la cobertura poblacional y de servicios, dentro del sector salud, se estima que en 1974 alcanzaba el 65% del total de la población con el Seguro de Enfermedad y Maternidad. El programa de salud para comunidades rurales cubre el 60% de la población de Costa Rica y la meta del plan nacional de salud es que hacia 1980 se alcance cubrir la totalidad de la población costarricense.

Ante el panorama descrito el Gobierno del Presidente Oduber quiso establecer dentro del Programa de Asignaciones Familiares un programa que pudiera cubrir las deficiencias apuntadas en las cifras ya dadas a conocer. Por esta razón el Ministerio de Salud dividió el país en áreas de 150 km2 que abarcará poblaciones promedio de 3.000 habitantes. Estas áreas de salud rural serían las unidades a través de las cuales el Gobierno de la República llevaría los servicios del Programa de Asignaciones Familiares. Y se diseñó el programa para atender cuatro grandes campos; cuatro grandes que son cada uno de ellos un subprograma en el que deben participar diferentes Instituciones. Estos cuatro grandes subprogramas son:

a) El de salud, alimentación y nutrición.
b) Asentamientos campesinos y mejora de la vivienda rural.
c) Capacitación y divulgación.
d) El régimen No Contributivo de Pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y la extensión de

los seguros de Enfermedad y Maternidad a los trabajadores independientes. Tratemos de analizar brevemente el funcionamiento de cada uno de estos subprogramas y las instituciones que participan en diferentes actividades en cada uno de ellos.

SUBPROGRAMA SALUD, ALIMENTACION Y NUTRICION.

Este subprograma tiene diferentes actividades. Analizaremos primero la de la salud y las instituciones que participan en su ejecución. Para 1976 se extenderá el programa a 187 áreas de salud, (recordamos que cada una de estas áreas de salud son 150 km cuadrados que comprende poblaciones de tres mil habitantes). A principios de octubre estaban funcionando 157 áreas que cubren más de la mitad de los 639.000 habitantes, de la población rural dispersa. En cada una de estas áreas de salud se instala un puesto de salud. En el año 75 funcionaron ya 120 y se extenderán por lo tanto a 187; en estos puestos de salud se realizarán las siguientes actividades: control o erradicación de enfermedades transmisibles, control de enfermedades prevenibles por vacunación, vigilancia epidiológica de malaria, control de tuberculosis, control de la parasitosis intestinal, salud materna infantil y bienestar familiar, primeros auxilios y referencia de pacientes a puestos con asistencia de personal más calificado (se enviará los enfermos que lo necesiten a centros de salud o a hospitales regionales o periféricos). El Auxiliar de Enfermería y el asistente que atienden cada puesto, deberán visitar cada casa de las poblaciones comprendidas en su área de salud y llevar una tarjeta de control de cada hogar.

Serán ejecutadas las actividades del subprograma en cada uno de estos puestos de salud por personal auxiliar debidamente adiestrado, supervisado y apoyado en las estructuras orgánicas y funcionales de los servicios de salud de los niveles de atención médica general y especializada.

Las metas para 1976 son por ejemplo: que se aplicarán vacunas, 240.000 en personas, niños y embarazadas para prevenir las enfermedades transmisibles, se tomarán 90.000 muestras de sangre y se harán 500.000 visitas domiciliarias. El tratamiento antiparasitario a 180 mil personas y se harán charlas educativas sobre el control de la parasitosis intestinal. En salud materna infantil se dará atención prenatal a 15.000 embarazadas, control nutricional en niños de 0 a 6 años en número de 75.000, control de salud a escolares en 100.000, atención del 100% de las personas que demandan los servicios en los puestos de salud.

Se darán programas de salud dental rural dando una mayor cobertura de atención dental. El objetivo es reducir la morbilidad y mortalidad por procesos infecciosos buco-dentales, padecimientos digestivos y cuadros de neurosis por deformación facial.

Las metas:

Efectuar 152.000 exámenes orales, realizar 34.600 extracciones en pacientes de 2 a 14 años, realizar 75,000 extracciones en pacientes de 15 y más años, realizar 36.000 obturaciones en pacientes de 7 a 14 años de edad, dar novecientas charlas educativas en escuelas y grupos organizados de la comunidad.

En relación a la actividad de saneamiento ambiental, el programa de salud rural procurará cumplir las siguientes actividades: abastecimiento de agua a través de bombas instaladas en poblaciones sumamente dispersas para los cuales la construcción de una cañería sería sumamente costoso. La disposición sanitaria de excretas con la instalación de letrinas, se ha fijado una meta de 40.000 letrinas a instalar en 1976, disposición sanitaria de desechos sólidos, control sanitario de alimentos e higiene de la vivienda.

Habrá otra actividad que se denomina servicios complementarios, que es educación para la salud y organización y desarrollo comunal en relación a la salud. También se efectuarán programas de información estadística.

Con relación a la actividad de alimentación podemos decir lo siguiente: la primera encuesta de nutrición a nivel nacional se hizo en 1966 en San José y otras comunidades, los resultados demostraron que el 57.4% de los niños de edad pre-escolar padecían de desnutrición de primer grado, segundo o tercer grado con deficiencia proteíno calórica según la escala de Gómez. En 1972 se realizó un estudio detallado en tres áreas rurales de Costa Rica: Pital de San Carlos, Santa Ana de Belén y Grifo Alto de Puriscal con la ayuda de varias Instituciones. La mitad de la población encuestada era de comunidades con menos de 50 familias, el 25% de las comunidades tenían de 51 a 100 familias, el 15% de 101 a 150, el 10% restantes provenía de comunidades de mayor tamaño.

El estado nutricional de los niños en esas tres comunidades rurales realizados en 1972 arrojó los siguientes datos: en Pital en escolares el 34.4 % era normal, 45.8% tenía primer grado de desnutrición, el 17.4% segundo grado y el 2.4% tercer grado de desnutrición.

En Grifo Alto en pre-escolares el 18.5% era normal, el 48.2% tenía primer grado de desnutrición, el 33.3% segundo grado, no había con tercer grado de desnutrición, en los escolares el 28.6% era normal, el 45.7% tenía desnutrición de primer grado, el 25.7% desnutrición en segundo grado, no había casos de desnutrición de tercer grado.

En Santa Ana los pre-escolares el 22% tenía una nutrición normal el 48.8% tenía un grado de desnutrición, el 26.4% un segundo grado de desnutrición, el 2.4% un tercer grado de desnutrición esto en los pre-escolares, en los escolares los datos fueron los siguientes: el 21.3% normal, 45.2% con primer grado de desnutrición, 29.9% con segundo grado de desnutrición y el 3.6% con el

tercer grado de desnutrición. Además de la desnutrición proteíno calórica indicada por estos resultados, la encuesta demostró que había deficiencias en Vitamina A, riboflavina, miacina y Vitamina C en gran parte de la población encuestada.

Otro estudio hecho en Palmichal de Acosta en 1974, demostró que el 74.4% de los 670 niños de la comunidad padecían de desnutrición de primer grado, segundo y tercer grado y de ellos el 28% estaban en segundo y tercer grado de desnutrición.

Una encuesta hecha en agosto de 1974 en 652 niños de la comunidad de Colorado de Abangares encontró que el 64.2% de los niños estaba desnutrido, de los cuales el 27.7% estaban en segundo y tercer grado de desnutrición.

La encuesta nacional de desnutrición hecha en 1975, cubrió nuevamente las comunidades encuestadas en 1966 y además incluyó otras diez, esta encuesta demostró que el 53% de los niños de 0 a 6 años estaban desnutridos a nivel de promedio nacional. La desnutrición apareció en las cinco regiones programáticas de salud en que ha sido dividido el país con porcentajes que iban del 43.2% al 62.5% en las diversas regiones del país.

Todos estos preocupantes datos en relación a la desnutrición de la población infantil y además lo que afirmamos anteriormente en esta breve exposición de que en los grupos de población dispersa es donde se encuentran los más bajos ingresos económicos, hizo que el Presidente Oduber quisiera dar énfasis al programa de alimentación y dentro de este programa tratar de abarcar la mayor cantidad de niños desde antes de nacer (o sea dándoles alimentación a las madres en estado de gravidez), hasta los niños de edad de 6 años y un programa de comedores escolares intensivo que pudiera corregir también problemas de ingreso en los hogares campesinos de estas áreas dispersas.

Por este motivo en 1976 la actividad de alimentación pretenderá cubrir 278.000 niños, divididos en 130.000 escolares de 6 a 12 años y 148.000 pre-escolares de 0 a 6 años. La actividad se realizará extendiendo los llamados Centros de Educación y Nutrición establecidos en colaboración con CARE en algunas poblaciones del país, a la mayor parte de las poblaciones de estas 187 áreas de salud que se pretenden cubrir en 1976 y abrir comedores escolares o continuar con comedores escolares ya establecidos, atendidos de manera esporádica, pero atenderlos diariamente con dietas balanceadas que permitan cubrir un alto porcentaje de las necesidades protéicas, calóricas y de hierro de los niños.

La idea de evitar el gasto en construcciones, es que donde haya comedores escolares ya establecidos pueden asistir los niños de 2 a 6 años y madres embarazadas y lactantes. Donde haya Centros de Educación y Nutrición y no comedor escolar pueden asistir los escolares y donde no exista ninguna instalación

adecuada se construirán centros de educación y nutrición (C.E.N.), para atender tanto a la población pre-escolar como escolar o utilizar las aulas, construyendo bodegas y cocinas adecuadas. Este programa tiene el mayor apoyo del Presidente de la República y precisamente se ha encontrado una respuesta positiva tanto en el Magisterio Nacional como en los Comités de Nutrición, que nombra el Ministerio de Salud en las diferentes comunidades para que nuestra niñez reciba el beneficio de los alimentos diarios, comida caliente que cambie la situación de desnutrición especialmente en la niñez, del área rural de población dispersa.

También la idea es de cambiar los hábitos alimentarios en la población rural, que permita con alimentos que se pueden perfectamente producir en las diferentes zonas y que por costumbre no se hace uso de ellos, de alto contenido calórico y protéico corregir las deficiencias de desnutrición. Las madres embarazadas o en un período de lactancia y los niños de 0 a 2 años podrán también recibir leche en polvo y mezclas protéicas en los puestos de salud, para que sean consumidos en sus hogares, cuando su acceso a los Centros de Educación y Nutrición sea muy difícil por distancia o condiciones del camino (falta de puentes o alcantarillas grandes).

Para este programa es indispensable la participación de la comunidad y por ello la Dirección Nacional de Desarrollo de la Comunidad (DINADECO) ha destacado un promotor que viva permanentemente en las zonas rurales y que cubra dos áreas de salud o sea aproximadamente 300 km2, explicando las bondades del programa y tratando de organizar la comunidad, ya que por motivos presupuestarios sólo es posible pagar una servidora doméstica o cocinera por comedor escolar o por el Centro de Educación y Nutrición y la función de este promotor será el interesar, el organizar a las madres de familia que están enviando niños a los comedores escolares o a los CEN, de manera que tres o cuatro de estas madres de familia beneficiadas, puedan acudir por lo menos una vez al mes a colaborar con la funcionaria pagada. La idea es no sólo de que colabore en la elaboración de los productos con una funcionaria pagada, debido a la cantidad de alumnos o de preescolares que puedan asistir a los sitios en que se proporcionan las comidas, sino también para transmitir nuevos hábitos alimentarios a estas amas de casa que lo puedan llevar a los miembros de la familia que por edad no pueden acudir a estos Centros de Nutrición o comedores escolares.

Naturalmente que no sería adecuado para corregir los problemas de desnutrición el hecho de proporcionar solamente alimentos a los niños desde los 0 a los 12 años o a las madres en estado de gravidez o en período de lactancia, si no se corrige la deficiencia grave de tomar agua que no sea potable, por eso el sub-programa de salud, alimentación y nutrición cuenta también con la participación del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado (A y A), para la construcción de cañerías en poblaciones de unos 500 habitantes, poblaciones en las que todavía por su costo, debido al hecho de

que la población es dispersa, es posible realizar este tipo de obra (tal como lo apuntábamos antes, para poblaciones menores por lo menos se pretenderá colocar bombas de mano que permitan obtener de pozos profundos agua potable) y a la vez para evitar la parasitosis es que se lleva a cabo en cobertura nacional el programa de letrinización.

En este sub-programa debe participar también el Ministerio de Obras Públicas y Transportes, para que construya los nuevos puestos de salud necesarios para la extensión del programa en el presente año y también los Centros de Educación y Nutrición necesarios para cubrir la meta de proporcionar alimentación a 148.000 pre-escolares y 130.000 escolares que nos hemos propuesto.

Como dato importante se puede decir que en 1976 la compra de alimentos será por una suma aproximada a los $ 110 millones, estos alimentos serán preferentemente distribuidos a todos los centros educativos y a los Centros de Educación y Nutrición por medio del CNP (Consejo Nacional de Producción), pero se pretende que a través de las huertas comunitarias o a través de las huertas escolares, los alimentos vegetales perecibles sean producidos por los escolares o por los padres de familia organizados en asociaciones de desarrollo que permitan disminuir el costo de producción y que a su vez reciban capacitación, asesorados por el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) y por cursos que dará el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), en la producción de este tipo de alimentos que en muchas de las poblaciones no se lleva a cabo la siembra por no tener conocimientos adecuados para realizarla. También se pretende, de que tanto el consumo de carne de pollo o de huevos sea cubierto en parte por la organización de granjas que se establezcan ya sea en la escuela o en la comunidad, en esto participará también activamente el Ministerio de Agricultura y Ganadería. Esta actividad del programa contará con la participación decidida de DINADECO para que lo haga la comunidad y debe haber una gran coordinación interinstitucional para la exitosa ejecución de las metas ambiciosas.

Como se deduce de la descripción de este sub-programa debe participar en primer lugar el Ministerio de Salud, ya que es un programa de salud, alimentación y nutrición, pero tiene una co-participación muy importante el Ministerio de Educación Pública. También el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, el Ministerio de Agricultura y Ganadería y el Instituto Nacional de Aprendizaje, cumplen actividades indispensables para que se puedan lograr las metas propuestas. La participación de DINADECO es decisiva para organizar la comunidad. Los comedores escolares tendrán como autoridades el Patronato Escolar y al Director de la Escuela, los CEN, los Comités de Nutrición que nombra el Ministerio de Salud y los puestos de salud, Comités de Salud; pero la participación comunal debe ser organizada y promovida por el promotor de DINADECO que debe convencer de la importancia de este programa a las diferentes comunidades de las áreas dispersas.

Los habitantes deben tener muy claro que al recibir alimentación en los come

dores escolares o en los CEN sus niños, están realmente teniendo un mayor ingreso, ingreso que hará elevar su condición socio económica y les permitirá afrontar las necesidades de la vida moderna de una mejor manera a como hasta el momento lo han hecho.

Esto es un resumen del Programa de Salud, Alimentación y Nutrición y debe quedar claro el apoyo que debe brindar el Consejo Nacional de Producción, porque esta institución es la que debe hacer llegar por medio de 135 estancos, situados en diferentes lugares del país, los productos alimenticios que se consumirán por 278.000 niños desde 0 a 12 años que asistirán a 1174 escuelas y 276 CEN y puestos de salud durante el año 1976.

SUB-PROGRAMA DE ASENTAMIENTOS CAMPESINOS

Y MEJORA DE VIVIENDA RURAL

El propósito de este sub-programa es tratar de adquirir tierras para ayudar a resolver el problema del campesino sin tierra o con parcelas que por su tamaño no produce suficiente para garantizar un ingreso adecuado a la familia campesina. Durante 1975 se compraron 45.282 Ha. La mejora de la vivienda rural tiende a proporcionarle una vivienda decente al campesino, que lo arraigue a la zona en que tradicionalmente ha vivido. Esto puede lograrse construyendo casas nuevas o ampliando existentes que evitan promiscuidad o falta de higiene. El programa ha construido 782 casas principalmente en la Península de Nicoya, provincia de Guanacaste.

SUB-PROGRAMA DE CAPACITACION Y DIVULGACION

Busca preparar al habitante de la zona rural para hacerle frente a los problemas de la vida moderna, enseñarle a aprovechar mejor los ingresos que adquiere con el programa, prepararlo para aumentar la productividad familiar. Esto se realiza por medio de tres instituciones: el Patronato Nacional de la Infancia, el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), el Instituto Nacional sobre Alcoholismo (INSA).

PATRONATO NACIONAL DE LA INFANCIA

Descripción del Programa:

Desde que se inició el Programa de Protección Integral al Niño y la Familia, en junio de 1975, se ha estado llevando a cabo una labor educativa y preventiva extensa, que tiene como objetivo principal el satisfacer una necesidad fundamental de toda sociedad en desarrollo: el fortalecimiento del núcleo familiar.

La buena acogida que ha tenido el Programa, tanto a nivel de zona urbana como rural, es un inicio de la importancia que dicho programa tiene para la sociedad costarricense y que además, objetivamente, es un complemento importante de las labores que está llevando a cabo el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación Pública, con los fondos de la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares.

Los siete equipos interdisciplinarios recorren: 5 zonas programáticas que cubren todo el territorio nacional y 2 zonas periféricas situadas en San José:

Unidad Periférica de Cristo Rey.
Unidad Periférica de Desamparados.
Unidad Móvil Central, con sede en Puriscal.
Unidad Móvil Norte, con sede en Naranjo.
Unidad Móvil Pacífico Seco, con sede en Santa Cruz.
Unidad Móvil Atlántica, con sede en Siquirres.
Unidad Móvil Pacífico Sur, con sede en Ciudad Cortés.

Dichas Unidades están llevando a cabo labores de reconocimiento de la problemática regional, coordinación, orientación y asistencia al público, siempre con el fin de prevenir y educar a los miembros de la familia sobre sus roles, deberes y derechos en la sociedad.

Cada equipo realiza labores tanto de orientación social como de asesoría legal, lo que se logra mediante el trabajo coordinado dentro del equipo y la participación de los diferentes funcionarios en las actividades educativas, informativas y recreativas que se llevan a cabo. En dichas actividades participan maestros, padres y madres de familia, guardias y autoridades, niños y jóvenes, así como también agrupaciones locales.

Los diversos temas referentes al niño y la familia se adaptan a las necesidades de cada auditorio, tratando de lograr la mayor efectividad, mediante nuevas metodologías pedagógicas.

El establecimiento del Programa de Protección Integral al Niño y la Familia es un gran paso hacia la promoción del bienestar familiar y también hacia el conocimiento de la realidad de la niñez costarricense, que constituye el futuro de nuestra patria.

INSTITUTO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Desde los inicios del Programa de Asignaciones Familiares ha dirigido cursos de formación profesional para capacitar a jóvenes y adultos de las zonas rurales, dedicados a labores agropecuarias que estén desocupados y sub-desocupados o marginados. Se ha capacitado también a mujeres campesinas para que

puedan contribuir con su aporte en el aumento del ingreso familiar.

En el Area Metropolitana de San José, principalmente en barrios del Sur, en los sectores de más bajos ingresos se han iniciado en 1976 programas de formación profesional.

Cursos que se imparten:

Area Rural

Agricultura:

Cultivo de arroz
Cultivo de frijol
Cultivo de maíz
Cultivo de hortalizas

Ganadería:

Cebador ganado
Ponedoras
Criador de cerdos
Criador ganado leche

Agro-Industria:
Artesanía
Corte y Confección
Manualidades Femeninas

Barrios del Sur

Industria:

Construcción
Electricista instalador
Mecánica automotriz
Reparación aparatos electro domésticos
Estructuras metálicas
Tapicería
Costura industrial
Sastrería
Recepcionista de oficina
Mecánica maquinaria costura industrial
Vendedor
Soldadura
Afinación motores
Electricistas automotriz

Artesanía:
Corte y confección
Manualidades femeninas

INSTITUTO NACIONAL SOBRE ALCOHOLISMO

El INSA, Instituto Nacional sobre Alcoholismo, ha realizado actividades que buscan disminuir la ingestión de licor en el país y hacer así que los ingresos adicionales que adquiere la familia al recibir los niños dos comidas por día por medio del programa y capacitarlos para aumentar sus sistemas de producción, por medio de los cursos del INA, pueden ser usados en mejorar sus condiciones de vida.

DIVULGACION

Para que haya coordinación en la información y divulgación de las actividades que realizan las diferentes entidades participantes en el programa, todas las instituciones deben enviar a la Oficina de Coordinación de Asignaciones el ma

terial que desean publicar o difundir y esta dependencia la hace llegar a la Oficina de Difusión y Prensa de Casa Presidencial, para su implementación.

REGIMEN NO CONTRIBUTIVO

El régimen no contributivo de pensiones fue creado por la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, como un programa adicional al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Tiene por objeto proteger contra los estados patrimoniales causados por estados de invalidez, vejez o desamparo por muerte del jefe de la familia, a aquellas personas que, necesitando amparo económico inmediato, no hayan obtenido los beneficios de cualesquiera de los regímenes contributivos de pensiones existentes en el país por no haber estado cubiertas, o estándolo, por no haber cumplido con los requisitos, legales o reglamentarios. Las pensiones que se otorgan dentro de este régimen, tienden fundamentalmente a dar amparo al núcleo familiar integrado, por conducto de su correspondiente jefe de familia; en situaciones especiales se podrá atender casos de familias desintegradas o de personas, a efecto de socorrer casos individuales de calamidad social.

Este régimen tutela a todos aquellos que, a juicio de la Caja, se encuentran en evidente necesidad de protección económica inmediata por razones totalmente ajenas a su voluntad y no cuenten con más recurso para sobrevivir, que la ayuda directa del Estado.

Las personas que se consideren en esta situación, pueden solicitar pensión presentándose en la Unidad Administrativa de la Caja Costarricense de Seguro Social más cercana a su domicilio. Con la solicitud se presenta certificación de condición económica y de conducta extendidas por las autoridades del lugar de residencia del solicitante, y los demás documentos o certificados, tales como la cédula de identidad, constancias de nacimiento y de estado civil que sirvan para comprobar su identidad y calidades.

REGIMEN DE ASIGNACIONES PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES

Mediante Decreto Ejecutivo No. 5237-TSS, se autorizó a la Caja Costarricense de Seguro Social para que, de los ingresos que recauda como parte del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, retenga mensualmente, por cada uno de los asegurados no asalariados de más bajos ingresos (independientes) que afilie obligatoriamente, una suma igual al 5 % de su ingreso individual.

Se considera asegurado no asalariado, el afiliado cuyos ingresos no provienen de una relación obrero-patronal. Se entienden incluídos dentro de esta denominación, aquellos ciudadanos dedicados a actividades que, en cualquier forma o modalidad de trabajo lo hagan por cuenta propia, con o sin trabajadores bajo su dependencia y cuyos ingresos mensuales sean inferiores a ₡ 1,500.00.

Los asegurados no asalariados a quienes se les incluya como de bajos ingresos, pagarán en el Seguro de Enfermedad y Maternidad, una cotización igual al 4% de los ingresos mensuales que tengan.

El 5% restante de la cotización será pagado del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares.

Se entenderá como asegurado de más bajos recursos, a los trabajadores que laboren por cuenta propia y estén dentro de la siguiente categoría de ocupación:

a) Agricultores propietarios, agropecuarios y afines.
b) Pescadores y afines.
c) Cazadores, tramperos y afines.
d) Trabajadores forestales, madereros y afines.
e) Zapateros y talabarteros.
f) Albañiles, enrejadores y afines.
g) Fontaneros, soldadores y afines.
h) Artesanos.
i) Sastres.
j) Barberos.
k) Otros.

Finalmente para el control y seguimiento de las actividades realizadas por las instituciones participantes, se firmó un convenio entre la Dirección General de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares y la Caja Costarricense de Seguro Social, para establecer lo que se ha denominado la Cíicina de Control de Asignaciones Familiares (OCAF) que tiene dos divisiones, la Administrativa Financiera y la de Control de Presupuesto y Control de Seguimiento de Campo.

lrm

ANEXO 2

REGLAMENTO PARA LA EXTENSION DE LOS SEGUROS SOCIALES A LOS TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA.