

CAJA COSTARRICENSE DE
SEGURO SOCIAL
(CCSS)

Presente y futuro

Dr. Álvaro Salas Chaves

1998

Índice de Contenidos

Dedicatoria.....	1
Dedicatoria.....	2
Dedicatoria.....	3
Introducción	4
Capítulo I	6
1. EL NUEVO ESCENARIO INSTITUCIONAL.....	7
1.1 MISIÓN y FUNCIONES DE LA CCSS.....	7
1.2 LA NUEVA VISIÓN	9
Capítulo II	12
2. LA ESTRATEGIA FINANCIERA	13
2.1 DESCONCENTRACIÓN FINANCIERA	13
2.2 INSPECCIÓN CONTRIBUTIVA	13
2.3 CONTRIBUCIÓN DEL ESTADO	14
2.4 ESTRATEGIAS PARA EL FORTALECIMIENTO FINANCIERO.....	16
Capítulo III	18
3. SEGURO NACIONAL DE SALUD.....	19
3.1 ANTECEDENTES	19
3.2 EL PROCESO DE MODERNIZACIÓN	19
3.3 UNIVERSALIZACIÓN DE LA COBERTURA.....	20
3.4 FINANCIAMIENTO.....	21
3.5 ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DE LA SALUD.....	23
3.6 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	25
3.7 PARTICIPACIÓN CIUDADANA.....	32
Capítulo IV	34
4. EL NUEVO ENFOQUE DE LOS SERVICIOS DE SALUD	35
4.1 AUTONOMIA HOSPITALARIA.....	36
4.2 MODELO DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS.....	37
4.3 RETOS y DESAFIOS DE LA REFORMA	41
Capítulo V	44
5. EL SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES	45

CCSS, Presente y Futuro

5.1 ARTICULACIÓN DEL SISTEMA	45
5.2 SOSTENIBILIDAD DEL RÉGIMEN IVM	51
5.3 RÉGIMENES COMPLEMENTARIOS	56
5.4 FORTALECIMIENTO DEL RNC	58
5.5 DESARROLLO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES	60
5.6 FORTALECIMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN	65
Capítulo VI	68
6. MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN	69
6.1 ENFOQUE DE CALIDAD	69
6.2 IMAGEN CORPORATIVA	74
6.3 SEPARACIÓN DE FUNCIONES	75
6.4 DESARROLLO DEL CAPITAL HUMANO	77
Anexos	81
7. ANEXO No. 1	82
8. ANEXO No. 2	94

DEDICATORIA

A los costarricenses, clientes de los Servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), con la esperanza de haber contribuido a mejorarlos.

DEDICATORIA

A nuestras familias, por su apoyo
Incondicional en los buenos
Y difíciles momentos compartidos
En este intenso periodo
De transformación y cambio.

DEDICATORIA

Al Presidente José María Figueres,
Estadista visionario,
Amigo de la Seguridad Social,
Por su respaldo permanente.

Introducción

Hoy más que nunca la salud y la educación han de continuar siendo los motores del desarrollo nacional. Esta afirmación cobra plena vigencia en el país que desde su origen puso a la persona humana como centro y objeto del esfuerzo nacional. La inversión realizada en estos dos campos, en las últimas décadas, demuestra fehacientemente la clara visión que tuvieron los costarricenses de la generación que nos precedió, que no dudó, además, en sacrificarse en beneficio de las siguientes generaciones.

El desarrollo de los servicios de salud a partir de la década de los setenta, inicia un proceso de crecimiento sostenido en el nivel de cobertura, equidad y acceso para todos los costarricenses. Este esfuerzo nacional ha permitido incorporar a grandes grupos de la población, especialmente a los niños, evitando con ello las muertes por enfermedades prevenibles a través de programas de inmunizaciones, impidiendo la desnutrición antes del nacimiento por la atención a las madres embarazadas, así como su atención por medio del programa de comedores escolares.

Por otro lado, con la atención de los acueductos rurales, se ha logrado llevar más salud y bienestar a miles de costarricenses. Paralelamente, los programas educativos han llegado a todos estos niños, mediante un extenso proyecto de inversión en escuelas y colegios, especialmente en las áreas rurales tradicionalmente desprovistas de ellos. Se promueve así la educación para niños más sanos y fuertes, consolidando de esta manera la sociedad de oportunidades para todos.

Este proceso de desarrollo de los servicios de educación y salud, ha permitido que las generaciones de hoy sean las protagonistas de una nueva etapa del desarrollo nacional. Esos niños y jóvenes que completaron los programas educativos, enfrentan hoy en día, el reto del cambio hacia una sociedad informatizada, con la oportunidad de ser más competitivos en la producción de conocimientos y servicios.

A partir de 1995, por primera vez en toda la historia de este pequeño país, se empiezan a dar las condiciones necesarias para plantear seriamente el gran tema del desarrollo. Se dispone de una generación de costarricenses altamente capacitada para asumirlo, de la estabilidad social y económica que lo sustente y del marco político requerido para el cambio. Se vislumbran de esta manera, los lineamientos estratégicos y los grandes retos de cara al nuevo siglo, entre los que podemos citar:

- Marco político sano
- Mayor bienestar económico
- Mayor bienestar social
- Sostenibilidad del medio ambiente

Para estos propósitos, resulta fundamental el reforzamiento del Estado de Derecho, la apertura a la participación ciudadana, el combate a la corrupción, el fomento de la estabilidad y el crecimiento económico, dando lugar a un vigoroso sector privado, con una base fiscal y monetaria adecuada y una buena gestión del sector público. En la política social, resulta relevante el fortalecimiento de la investigación e inversión en desarrollo social, especialmente en educación, salud y lucha contra las desigualdades sociales y la

CCSS, Presente y Futuro

pobreza

La salud y la educación adquieren una renovada vigencia en este escenario de grandes transformaciones, por cuanto los recursos más valiosos en esta nueva etapa del desarrollo, son el conocimiento y capital humanos. Es por eso que decidimos llevar adelante la modernización de las instituciones del sector salud, entendiendo que somos parte fundamental de la estrategia de desarrollo, que lo más importante es la persona, su familia, su bienestar y que el objetivo fundamental es el mejoramiento de la calidad de vida, lo que requiere de un sistema nacional de salud y de protección económica, que preserve y promueva las condiciones de ese bienestar.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución administradora de los servicios de salud y de pensiones, desarrolla y lleva adelante una propuesta de modernización que parte de más de cincuenta y cinco años de vida institucional que reconoce sus fortalezas y debilidades y que con gran visión de futuro, inicia el proceso de transformación y cambio más serio de toda su existencia.

El proceso parte de un extenso análisis y, toma en consideración todos los aportes y señalamientos realizados por los diferentes actores sociales, como cámaras patronales, sindicatos, cooperativas, asociaciones solidaristas y demás organizaciones de la sociedad civil e instituciones del estado, que en todos estos años han contribuido de forma significativa a su sostenimiento financiero y respaldo político y social.

El esfuerzo de un apreciable grupo de funcionarios, comprometidos con el cambio y el fortalecimiento institucional, incluye el análisis de un nuevo escenario para la CCSS, de la estrategia económica financiera, de la creación del Seguro Nacional de Salud, de la articulación del Sistema Nacional de Pensiones y de la modernización de la gestión institucional.

El proceso parte de un extenso análisis y, toma en consideración todos los aportes y señalamientos realizados por los diferentes actores sociales, como cámaras patronales, sindicatos, cooperativas, asociaciones solidaristas y demás organizaciones de la sociedad civil e instituciones del estado, que en todos estos años han contribuido de forma significativa a su sostenimiento financiero y respaldo político y social.

El esfuerzo de un apreciable grupo de funcionarios, comprometidos con el cambio y el fortalecimiento institucional, incluye el análisis de un nuevo escenario para la CCSS, de la estrategia económica financiera, de la creación del Seguro Nacional de Salud, de la articulación del Sistema Nacional de Pensiones y de la modernización de la gestión institucional.

Capítulo I

1. EL NUEVO ESCENARIO INSTITUCIONAL

El proyecto de fortalecimiento institucional que propone la CCSS, está articulado con las tendencias actuales de libre mercado y de participación ciudadana, en el marco del nuevo concepto de desarrollo ya comentado. El nuevo paradigma nos conduce a una revisión del enfoque utilizado durante la última década, dando énfasis a su calidad de entidad aseguradora, con la imagen objetivo de una CCSS renovada y fortalecida hacia los albores del próximo siglo. Por ello, la estrategia se dirige a privilegiar la técnica y doctrina de la seguridad social actual, disciplina que proporciona la capacidad de transformación requerida para mantenerse vigente, siempre que observemos sus principios de universalidad, solidaridad y equidad, además con el subsidio estatal, la participación ciudadana y la correspondencia con el desarrollo económico.

La modernización institucional, iniciada como un proceso a partir de la promulgación de la Ley No. 7374 de noviembre de 1993, establece una nueva pauta en el Sector Salud. En el artículo 7 de la indicada Ley, se incorporan a la CCSS, además de los servicios asistenciales, los preventivos y de promoción de la salud, para lograr su fortalecimiento, administración y prestación integral de ellos. En los últimos años, surge una nueva iniciativa basada en la necesidad de fortalecer la función rectora del Sector, de otorgar prioridad y énfasis a la atención primaria y de promover la autonomía hospitalaria, por considerarse una estrategia indispensable para mejorar la calidad y eficiencia en la gestión de los servicios prestados.

Paralelamente, en el área de pensiones, se ha iniciado un proceso de revitalización de su gestión, creando en agosto del año 1995, la Gerencia de Pensiones, con el propósito de fortalecer la administración en este campo. El proceso de modernización conduce a promover y orientar los esfuerzos hacia la articulación de un verdadero Sistema Nacional de Pensiones, inspirado en los principios de la Seguridad Social. En este contexto, el nuevo paradigma se basa en la sostenibilidad económica del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), el establecimiento del Fondo de Ahorro Obligatorio para la Jubilación y la Reforma del Régimen Privado de Pensiones Complementarias, fortaleciendo la función fiscalizadora de la Superintendencia de Pensiones.

1.1 MISIÓN y FUNCIONES DE LA CCSS

La CCSS es la Institución autónoma encargada de la administración y gobierno de los Seguros Sociales, cuya administración es independiente del Poder Ejecutivo y del Gobierno con sujeción a la Ley, conforme lo establece la Constitución Política de la República en sus artículos 73. 74 Y 177. Asimismo, el significado y alcances de la administración y gobierno de los Seguros Sociales, es desarrollado con fundamento en la Ley.

Desde el punto de vista de la técnica y la doctrina de la Seguridad Social actual, la separación de funciones es una estrategia inherente a la concepción de los Seguros Sociales, la cual permite identificar y seleccionar las actividades cuya administración

CCSS, Presente y Futuro

realizará por su cuenta la CCSS y las que serán susceptibles de externalización¹. Así, el perfil funcional y estructural de los Seguros Sociales, está integrado por las áreas de financiación, de administración y de provisión de servicios y prestaciones, de manera que se logre articular la política de Seguridad Social con la política económica y social del país.

1.1.1 El Financiamiento de los Seguros Sociales

El financiamiento con la correspondiente recaudación de los recursos de los Seguros Sociales, estructurada orgánica y funcionalmente en la Institución, constituye un área sustantiva, dada su naturaleza e implicaciones económicas. Al incidir el volumen de sus operaciones directamente sobre la política económica, monetaria y fiscal, condicionando el desarrollo de los mercados laboral y financiero del país, el financiamiento de los Seguros de Salud y de Pensiones se convierte en tema de orden nacional, involucrando a las políticas económica y social y al Estado en su globalidad.

La importancia del financiamiento dentro de la esencia misma del concepto de Seguridad Social, lo convierte en una función vital que debe continuar desarrollando la Institución a fin de garantizar la permanente prestación de los servicios. Es por ello que la Gerencia de División Financiera, desempeña esta función en ambos seguros, pues la recaudación de los ingresos en forma conjunta produce importantes beneficios, particularmente en lo que se refiere a economías de escala y reducción de costos.

1.1.2 La Administración de los Seguros Sociales

La administración general de los Seguros Sociales incluye la planificación, diseño de los esquemas de protección, las operaciones y el funcionamiento en general. La función de planificación y compra de servicios en el caso de ambos seguros, es parte de la administración.

Al conferírsele constitucionalmente esta función a la CCSS, la administración de los Seguros Sociales es sustantiva e indelegable, debiendo continuar en el fuero institucional. De acuerdo con las áreas de especialidad dadas en la CCSS, esta función está a cargo de las Gerencias Administrativa y de Pensiones, en lo referente al Seguro de Salud y al Régimen de IVM, respectivamente.

1.1.3 La Provisión de Servicios

Los servicios y prestaciones que ofrecen los Seguros Sociales, se refieren principalmente a salud, renta y bienestar social. Los proveedores de estos servicios, sean públicos o privados, están integrados al ordenamiento jurídico y se encuentran sujetos, tanto a la política económica, como a la política nacional sobre salud y bienestar social.

La provisión de servicios a los asegurados, está enmarcada dentro de un Sistema Nacional de Salud y un Sistema Nacional de Pensiones, que por lo general van más allá del marco de competencias de la Seguridad Social. La Institución puede tomar la decisión de contratar dentro del sector o realizar las tareas directamente de acuerdo con la

¹ Traslado a proveedores públicos o privados, para que ejecuten tanto actividades sustantivas como no sustantivas, propias del proceso de gestión.

CCSS, Presente y Futuro

eficiencia y calidad con que se prestan estos servicios.

Los hospitales de la red, no obstante que juegan un papel relevante, se han hecho poco competitivos, con capacidad de respuesta limitada ante las demandas de la población para la prestación de los servicios asistenciales de la salud. Cabe reconocer aquí que, en un amplio margen, estos males tuvieron su origen en la ausencia de competencias gerenciales y en la fuerte tendencia hacia la centralización, vivida durante muchos años.

Ante esta debilidad surge, en forma ineludible, la necesidad de diseñar una estrategia de fortalecimiento institucional, que permita identificar y definir las prioridades de los servicios de salud y pensiones que se deben externalizar, así como aquellos que se administran directamente por la CCSS. Dicha estrategia debe incluir, además, la separación de funciones, los lineamientos sobre desconcentración de la administración por medio de las sucursales, un mayor grado de autonomía hospitalaria y un fuerte énfasis en la atención primaria y el reforzamiento de la función rectora del sector, por parte del Ministerio de Salud.

En el proceso de modernización llevado a cabo hasta la fecha, se ha avanzado en los temas de eficiencia en la asignación de recursos y mejora en la calidad de los servicios, mediante los Compromisos de Gestión² firmados con los hospitales y las áreas de salud. Se estima que dichos compromisos son los instrumentos que tenemos a la mano para propiciar la desconcentración de la administración, la autonomía hospitalaria y la externalización de servicios.

1.2 LA NUEVA VISIÓN

Como entidad encargada de la administración y gobierno de los Seguros de Salud y Pensiones y, de acuerdo con el planteamiento realizado, la Institución será más sólida en tanto se privilegie su calidad como entidad aseguradora y logre definir una clara estrategia sobre financiación, administración y provisión de servicios, tal y como se ha mencionado. Resulta entonces indispensable darse a la tarea de separar las funciones sustantivas de los seguros sociales, en estructuras apropiadas, tomando en consideración las particularidades de cada seguro.

1.2.1 Seguro de Salud

Es claro que dentro del marco del Sistema Nacional de Salud específicamente en la red de la atención hospitalaria, el fomento de Iniciativas de mercado en la provisión de servicios y de fortalecimiento institucional, trae importantes beneficios en cuanto a su calidad y eficiencia, conforme se ha venido constatando con las cooperativas de autogestión y con los hospitales que han firmado compromisos de gestión en la etapa piloto.

La visión institucional en la prestación de servicios hospitalarios está orientada a promover la calidad y la eficiencia, sustentadas en Incentivos y sana competencia en un mercado abierto de servicios públicos y privados donde nuestros hospitales nacionales, especializados y regionales dispondrán de la autonomía necesaria para realizar su

² Los compromisos de gestión serán discutidos en el Capítulo IV.

CCSS, Presente y Futuro

gestión.

En cuanto a los servicios del primer nivel de atención de la salud, se considera que su administración deberá fortalecerse con prioridad en lo preventivo y promocional directamente a cargo de la CCSS y externalizar servicios en algunas zonas geográficas que se consideren necesarios.

Debemos reconocer que el perfil de los riesgos que cubra el Seguro de Salud, dependerá del énfasis que se otorgue al nivel primario de la atención, tanto por sus implicaciones en el perfil epidemiológico, como en su financiamiento.

Partiendo de la concepción del Seguro Nacional de Salud, se define a la salud como el interés asegurable y se establece una Visión de calidad, ofreciendo como productos finales la seguridad de no padecer de una amplia gama de enfermedades prevenibles, una atención de calidad cuando se presenta la enfermedad, los servicios de rehabilitación una vez que ocurre el evento y los programas de educación y promoción de la salud para mejorar la calidad de vida de toda la población.

1.2.2 Régimen de Pensiones

El Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (Seguro IVM o Régimen de Pensiones IVM), administrado directamente por la CCSS, debe enmarcarse en un sistema de protección Integral, que articule la protección básica y la protección complementaria, mediante un esquema mixto de financiamiento que incluya las modalidades de reparto y de capitalización, con sujeción a los principios de la Seguridad Social, propiciando la participación del sector privado.

En lo que se refiere a la provisión de servicios en el área de pensiones, la estrategia debe dirigirse hacia el desarrollo de los compromisos y contratos de gestión con los proveedores de servicios sociales, de trámite y de pago de las pensiones.



Retomar la salud preventiva constituyó la empresa fundamental de la gestión en salud en el período de 1994-1998. La formación de asistentes técnicos de atención primaria, médicos generales y auxiliares de enfermería, fue parte del esfuerzo.

Capítulo II

2. LA ESTRATEGIA FINANCIERA

Los retos que enfrenta el desarrollo de la gestión económica y financiera de la CCSS, se identifican en el proceso de planificación de corto, mediano y largo plazo. En el corto y mediano plazo, interesan fundamentalmente aspectos tácticos del modelo de financiamiento: asignación de recursos, organización y capacidad gerencial para la ejecución presupuestaria. Paralelamente, en el largo plazo los principales retos se relacionan con la necesidad de controlar la tendencia creciente de los costos de los programas de salud y de pensiones, buscando su viabilidad, a fin de articularlos con una estrategia nacional encaminada hacia la estabilidad y el crecimiento económico.

Debe destacarse que, como resultado de las estrategias de cambio y modernización institucional, la CCSS ha dado importantes pasos para garantizar el financiamiento de la adecuada prestación de los servicios de salud y pensiones, logrando con ello el equilibrio financiero requerido.

En torno a la factibilidad financiera y económica de largo plazo, el paso fundamental lo constituye la reforma planteada a seis artículos de la Ley Constitutiva, con el fin de lograr la universalidad de la cobertura contributiva de los Seguros Sociales y de proveer los instrumentos requeridos para realizar un efectivo control de la evasión y morosidad en las contribuciones.

2.1 DESCONCENTRACIÓN FINANCIERA

Una de las políticas fundamentales dentro del proceso de modernización, es dotar de mayor autonomía financiera a los niveles locales, médicos y administrativos en la ejecución del gasto. Para este propósito se ha incrementado la desconcentración de los pagos de bienes y servicios en los hospitales nacionales y regionales, lo mismo que en algunas unidades administrativas.

En materia presupuestaria la desconcentración se ha orientado hacia el trámite y aprobación de modificaciones internas, por parte de las unidades ejecutoras, así como la formulación total del presupuesto a partir del año 1999.

Para consolidar los procesos iniciados, las unidades médicas y administrativas deberán formar equipos de trabajo altamente capacitados en el campo del manejo presupuestario, gestión financiera, control del efectivo, control y análisis de costos, compras, manejo de inventarios y contratación.

2.2 INSPECCIÓN CONTRIBUTIVA

Con la Ley Constitutiva de la CCSS se crea la inspección contributiva, cuya función es velar por el correcto cumplimiento de la Ley y sus reglamentos, en materia de aseguramiento. Esta función se constituye en el fundamento de la sostenibilidad financiera de la Institución, por cuanto permite dar un constante seguimiento y asesoría a los patronos y trabajadores, en cuanto al cumplimiento de sus obligaciones contributivas, y sobre los beneficios y obligaciones que se derivan del aseguramiento.

CCSS, Presente y Futuro

Aún cuando la Institución mantiene una situación equilibrada en sus finanzas, existe un nivel de morosidad y evasión, que se puede reducir por medio de una agresiva gestión de la Inspección y el cobro en las vías administrativa y judicial, siempre que se cuente con los instrumentos legales pertinentes.

2.3 CONTRIBUCIÓN DEL ESTADO

El financiamiento a la creciente demanda de servicios que se ha venido presentando, requiere de la participación activa del Estado, mediante el cumplimiento oportuno de sus obligaciones como patrono y como subsidiario de los Seguros Sociales. Durante el año 1994, en ambos seguros se recibió la suma de 7.997 millones de colones; en 1995 se incrementaron los aportes en un 43% alcanzando 11.421 millones de colones; en 1996 contribuyó con 14,726 millones de colones, lo cual representó un incremento del 29%. En 1997 los aportes efectivos fueron de 20.399 millones de colones equivalentes a un incremento del 38% con respecto al año anterior. (Ver cuadro 1).

CUADRO 1
Detalle de contribuciones para cada seguro, durante los años 1996 y 1997,
expresado en millones de colones

Contribución	1996		1997	
	SALUD	IVM	SALUD	IVM
Estado como patrono	8.885	1.092	12.673	2.954
Estado como tal	3.074	1.676	3.088	1.624
TOTAL	11.959	2.768	15.761	4.578

Fuente: CCSS. Gerencia de División Financiera.

Finalmente, debe destacarse el pago de la deuda que el Estado acumuló con la CCSS durante los últimos años, la cual alcanzó la suma de 42.410 millones de colones. Este monto fue cancelado mediante la entrega de títulos con rendimientos positivos en términos reales. Estos recursos se utilizarán prioritariamente a impulsar el proceso de modernización institucional, mediante las inversiones necesarias que permitan adquirir tecnología actualizada, mejorar la Infraestructura de la red de servicios y desarrollar los programas de formación y capacitación. (Ver cuadro 2)

CUADRO 2.
Detalle de Títulos Valores recibidos,
expresado en millones de colones

Títulos	SALUD	IVM	TOTAL
Tasa Básica ³	4.000	3.138	7.138
TUDES ⁴	28.272	7.000	35.272
TOTAL	32.272	10.138	42.410

Fuente: CCSS, Gerencia de División Financiera



El gobierno canceló 47 mil millones de colones a la CCSS. Los títulos valores fueron entregados al Dr. Alvaro Salas Chaves, Presidente Ejecutivo de la CCSS, por el Tesorero Nacional, Lic. Jorge Garita en diciembre de 1997.

³ Los títulos Tasa Básica tienen un premio que oscila entre el 0,87% para un plazo de 1 año y 3,04% para un plazo de 15 años.

⁴ Títulos en unidades de desarrollo, con un rendimiento real del 4%.

2.4 ESTRATEGIAS PARA EL FORTALECIMIENTO FINANCIERO

Se identificó una serie de proyectos estratégicos que ya se encuentran con algún grado de desarrollo y que permitirán a la Institución disponer de una normativa legal actualizada y de nuevos sistemas y modalidades de gestión, que redundarán en el mejoramiento de las finanzas de la Institución. Los proyectos son los siguientes:

- a. Proyecto de agentes recaudadores externos
- b. Programa de mejoramiento del modelo de facturación
- c. Recuperación de adeudos por cuotas obreras y patronales, en la vía ejecutiva
- d. Reformas a la Ley Constitutiva
- e. Nuevos Sistemas de Información Financiera acordes con los lineamientos del proceso de Modernización Institucional
- f. Proyecto de Agentes Recaudadores Externos

2.4.1 Proyecto de Agentes Recaudadores Externos

La compra de servicios de recaudación a agentes externos "Outsourcing" de la recaudación, está comprendida como una de las mejoras de corto y mediano plazo, dentro del Proyecto Global de Mejoramiento del Modelo de Facturación de la CCSS, financiado con fondos del Banco Mundial y propios de la Institución.

Con esta mejora, se pretende que la Institución suscriba contratos con varios entes recaudadores que cumplan con las características y estándares deseables por la CCSS, para que presten los servicios de recaudación de las contribuciones que por ley deben realizar los patronos y los trabajadores. Incluye además, la recaudación de las contribuciones que estos deben efectuar en las instituciones de las cuales la CCSS es agente recaudador, entre ellas el Instituto Nacional de Aprendizaje, INA.

A la fecha se encuentra en las últimas etapas del proceso de licitación, la consultoría para el Desarrollo del Sistema de Información, con el fin de adjudicarlo a finales del mes de mayo del presente año. Se espera que la firma designada inicie los trabajos en el mes de julio de este mismo año y de este modo desarrollar un sistema altamente eficiente y que responda a las exigencias de los nuevos tiempos y a las necesidades de nuestros clientes.

2.4.3 Recuperación de Adeudos por Cuotas Obreras y Patronales Mediante la Vía Ejecutiva

La Institución debe abocarse a la búsqueda de nuevas formas que le permitan recuperar con prontitud los adeudos por contribuciones, mediante la vía judicial y superar la lentitud que se experimenta hoy día.

Visitas de observación realizadas específicamente al área de cobros, en otros sistemas de seguridad social, como es el caso de la seguridad social española, permiten considerar las

CCSS, Presente y Futuro

posibilidades que tendría la CCSS de mejorar la recaudación de las contribuciones, implantando la recuperación de adeudos por cuotas obreras y patronales mediante la vía ejecutiva.

El objetivo de este proyecto es declarar a la CCSS como recaudadora tributaria, lo que significaría facultar a la administración para que pueda embargar bienes muebles, inmuebles y cuentas corrientes a patronos que no paguen voluntariamente sus obligaciones por contribuciones, sin acudir a la vía judicial entre otras atribuciones.

Actualmente se encuentran en estudio las facultades que otorga la Ley General de Administración Pública y los requerimientos adicionales para hacer viable el proyecto.

2.4.4 Reformas a la Ley Constitutiva de la CCSS

Este proyecto tiene especial importancia en el marco del fortalecimiento financiero institucional. Las principales reformas que se introducen fortalecen el principio de universalidad de la cobertura contributiva, actualizan las sanciones por evasión y morosidad, crean nuevos instrumentos legales que motivan el pago oportuno de las contribuciones y flexibilizan los procedimientos que agilicen la gestión de las áreas y la atención al cliente, entre otros. (Ver anexo 1).

2.4.5 Nuevos Sistemas de Información Financiera Acorde con los Lineamientos del Proceso de Modernización Institucional

En lo que se refiere a la provisión de servicios en el área de pensiones, la estrategia debe dirigirse hacia el desarrollo de los compromisos y contratos de gestión con los proveedores de servicios sociales, de trámite y de pago de las pensiones.

Actualmente la Institución vive un intenso período de transformación en el área de los procesos, hacia la modernización de sus modelos de operación, lo cual requiere de un gran apoyo de modernos sistemas y la tecnología de Información.

Los sistemas que dispone en la actualidad la CCSS, cuentan con más de 25 años de existencia y responden a requerimientos formulados para esa época. Las necesidades de información de hoy son otras y más complejas, distintas a las de un cuarto de siglo atrás y cada día que pasa, esas necesidades crecen, máxime en una Institución como la CCSS, en proceso de modernización.

Es por esta razón que resulta imprescindible que la CCSS se prepare para disponer en el futuro de los sistemas de información financieros, adecuados a la actividad y giro de cada seguro, específicamente los de contabilidad general, contabilidad de costos, contabilidad de activos fijos e inventarios, tesorería (egresos), presupuesto, cuentas por cobrar y cuentas por pagar, para que se conviertan en apoyo a todo el proceso de modernización institucional.

Capítulo III

3. SEGURO NACIONAL DE SALUD

La reforma del Sector Salud constituye uno de los grandes retos del Estado en el ámbito mundial, dado el impacto de los programas de salud en el bienestar de la familia y en el mejoramiento económico y social de la población. El alcance de estas reformas debe abarcar las relaciones tradicionales entre los ciudadanos, sujetos de la protección y todos los que desempeñan su actividad en el sector. Estas nuevas relaciones y compromisos plantean importantes desafíos y numerosas interrogantes que deben discutirse ampliamente con los diferentes sectores de la sociedad costarricense.

3.1 ANTECEDENTES

En Costa Rica, esta reforma se inicia desde la década de los setenta con la implantación del mandato constitucional, establecido en el transitorio de la reforma del artículo 177, del año 1961. Allí, se ordena universalizar la cobertura del Seguro Social en un plazo de 10 años.

En 1973, mediante la Ley del Traspaso de Hospitales a la CCSS, se concreta el primer paso en esta dirección. Hasta ese momento la cobertura incluía a los trabajadores asalariados y sus dependientes y a ninguno de los otros sectores de la población que no tenían esa condición, salvo la población indigente, pero no en condición de asegurados. Mediante la Ley No. 5905, se establece en 1975 el Régimen Obligatorio de Protección a los Pensionados y sus Dependientes. En 1978 la Junta Directiva de la CCSS, acordó establecer el Régimen Voluntario de Protección a los Trabajadores Independientes y sus Familiares.

El Poder Ejecutivo decretó en 1984, el establecimiento del Régimen de Asegurados por Cuenta del Estado, para la cobertura de la población indigente.

Se crea la Ley No. 7374, "Ley de Mejoramiento de la Salud de los Costarricenses" en 1993, la cual integra todos los servicios de atención a las personas del Ministerio de Salud en la CCSS. Este proceso de construcción de la protección social, conduce al establecimiento de lo que hoy se conoce como el Seguro Nacional de Salud.

3.2 EL PROCESO DE MODERNIZACIÓN

La modernización del Sector Salud está determinada por la responsabilidad que el Estado y la sociedad tienen frente a la prestación y financiamiento de los servicios de salud. Se concibe la salud como un estado de bienestar de carácter social, compartido por el Estado, el cual debe garantizar la protección requerida por los ciudadanos, ante los riesgos de enfermar y morir, propiciando una mejor calidad de vida. Esta concepción es el fundamento de la Reforma llevada adelante en el Sector, sobre la base de una estrategia que contempla los siguientes tres pilares:

El ejercicio de la Rectoría sobre el Sistema Nacional de Salud, por parte del Ministerio de Salud.

CCSS, Presente y Futuro

La Universalidad de la Cobertura, la Atención Integral⁵, el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención y el Fortalecimiento Financiero, en el marco del Seguro Nacional de Salud, a cargo de la CCSS.

La autonomía, eficiencia y calidad en la gestión hospitalaria y las nuevas modalidades de prestación de servicios, como elementos del fortalecimiento institucional de la CCSS.

A continuación, se plantean los principios que han orientado el proceso de reforma del Sector Salud y, en particular, la concepción del Seguro Nacional de Salud y la Modernización de la CCSS durante el período de 1994 a 1998.

3.3 UNIVERSALIZACIÓN DE LA COBERTURA

Debe reconocerse que en la última década, el país ha venido dando pasos en la dirección de establecer un Seguro Nacional de Salud, con un enfoque de atención integral y cobertura universal. Dentro de este proceso, la CCSS ocupa un lugar cada vez más importante en la estructura del Sector, debido a una mayor participación en los programas de salud y a la alta proporción de los recursos financieros destinados a dichos programas.

Aunque se ha logrado proteger a toda la población costarricense con servicios de salud, han existido dificultades para alcanzar un mayor nivel de universalidad de la cobertura contributiva; pues en la actualidad, cerca del 20% de la fuerza de trabajo no participa directamente en el financiamiento del Seguro de Salud. Este grupo incluye a trabajadores del sector informal no asalariados, que son personas con bajos ingresos, de baja capacidad contributiva; a personas con altos ingresos y alta capacidad contributiva también no asalariados, tales como profesionales liberales, patronos dueños de empresas y rentistas. La principal limitación en la cobertura contributiva se debe a que este es un régimen de aseguramiento voluntario para este sector, vigente durante las dos últimas décadas.

3.3.1 Cobertura Universal

Como se ha dicho, a partir del año 1961, con la reforma al artículo 177 de la Constitución Política de la República, se plantea la universalidad de la protección de la salud a toda la población nacional, como un objetivo estratégico del sector. Durante los años setenta, se produjeron cambios importantes en la estructura del sistema, entre los que se destacan el traspaso de los hospitales de asistencia médico social al Seguro Social, el establecimiento de la obligación estatal de sufragar los gastos de la atención médica a la población indigente; el planteamiento inicial del esquema de integración vertical, donde el Ministerio de Salud asumía la atención preventiva y promocional del nivel primario y, la CCSS, las prestaciones de servicios médicos en los tres niveles de atención, protegiendo a toda la población, asegurada o no.

En el año 1984, se da la condición de asegurados a la población indigente, dando con esto

⁵ Atención Integral de la Salud: se define como aquella atención o cuidados de la salud que incluye la curación y la prevención de la enfermedad, la rehabilitación cuando se presenta el evento y la promoción de la salud con estilos de vida sanos y adecuada nutrición.

CCSS, Presente y Futuro

un importante paso hacia la universalidad de dicho seguro, mediante el establecimiento del Régimen de Aseguramiento por cuenta del Estado.

Se plantea la necesidad de articular una red de servicios integrados para los tres niveles de atención, donde la CCSS, gradualmente, asume un papel más importante en cuanto al desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, siempre en la línea de integración vertical entre la CCSS y el Ministerio.

A partir de noviembre de 1993, con la aprobación de la Ley No. 7374⁶, se inicia el actual proceso de reforma, donde se definen los pasos a seguir para la transformación del Seguro de Enfermedad y Maternidad en el Seguro de Salud. Se plantea el desarrollo de una estrategia con énfasis en el primer nivel de atención, mediante la definición de una población meta, la canasta de servicios, la asignación de responsabilidades por áreas de salud y el establecimiento de Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS), donde predomina el concepto de cobertura universal y libre acceso a los servicios. Este proceso constituye el paso fundamental hacia el nuevo modelo de Atención Integral y Universal de la Salud, con propuesta de revisión del esquema de financiamiento para su propio sustento económico. El planteamiento conjunto de los retos sobre el modelo de atención y el financiamiento pertinente, constituye el punto de partida para la consolidación del Seguro Nacional de Salud.

En la actualidad, el reto más importante consiste en adaptar el esquema de financiamiento, para que se ajuste a los requerimientos de un sistema de tal naturaleza, que permita afrontar exitosamente el proceso de cambio epidemiológico y demográfico que experimenta el país.

3.4 FINANCIAMIENTO

El Seguro de Salud ha venido evolucionando, desde un esquema tradicional, dirigido a cubrir a los trabajadores asalariados y a sus familiares dependientes, hasta un sistema que incorpora la protección de los riesgos o contingencias de la sociedad como un todo, dentro del más amplio concepto de cobertura universal.

Las características principales del actual sistema de financiamiento del Seguro de Salud, se pueden resumir en los siguientes conceptos:

- Un elevado componente de solidaridad, pues incorpora a la población de bajos ingresos e indigente, a cargo del Estado.
- Cobertura de los trabajadores no asalariados, mediante un esquema de carácter voluntario, así como a otros grupos como rentistas. patronos entre otros.
- Incorporación a los asalariados y a la población pensionada, mediante un esquema obligatorio.
- Participación .del Sector Patronal.
- Aporte del Estado como subsidiario.

⁶Ley de Mejoramiento de los Servicios de Salud en Costa Rica, o contrato-préstamo con el Banco Interamericano de Desarrollo- BID.

CCSS, Presente y Futuro

Estas características denotan un alto grado de avance en cuanto al cumplimiento de los objetivos de protección, desde la perspectiva de los principios de la seguridad social. Si bien los logros de la seguridad social costarricense son notorios en el campo de los cuidados de la salud, el financiamiento es uno de los problemas subyacentes en la consolidación de un modelo de protección plenamente universalizado, donde el reto más importante es garantizar que los diversos grupos de la población nacional puedan incorporarse en calidad de contribuyentes, especialmente los trabajadores independientes y los asalariados de bajo ingreso del sector informal de la economía.

El salto de mayor trascendencia para la consolidación del Seguro Nacional de Salud, que colocará al país en una posición similar a la de los países desarrollados en materia de sistemas nacionales de protección, es establecer el aseguramiento obligatorio para la población no asalariada con capacidad contributiva. Actualmente, esta población disfruta de los beneficios del Seguro de Salud y no siempre participa en el financiamiento.

La Junta Directiva aprobó en marzo de 1998, el proyecto de reforma a la Ley Constitutiva de la CCSS, que hace extensiva la obligatoriedad a prácticamente toda la fuerza de trabajo del país (ver Anexo No.1: Artículos reformados de la Ley Constitutiva).

Por otra parte, a la luz del proceso evolutivo en la extensión de los beneficios de los programas de salud que administra la CCSS y para la consolidación del nuevo modelo de Atención Universal e Integral de la Salud, resulta de vital importancia el papel del Estado como subsidiario en el financiamiento del seguro. Para esto, se requiere una definición más precisa de las obligaciones que debe cubrir el Estado, para dar cumplimiento a los términos del artículo 177 de la Constitución Política⁷, referentes a la universalidad de los seguros sociales. Tal definición implica, entre otras cosas, establecer claramente las obligaciones del Estado según grupos protegidos y según niveles de atención.

En la perspectiva de avanzar hacia la consolidación del Seguro Nacional de Salud, otro tema es el de la concordancia entre los mecanismos de financiamiento y los objetivos programáticos de las acciones de salud dirigidas a los adultos mayores. Uno de los mayores retos para la sostenibilidad económica de los Seguros de Salud y Pensiones en el largo plazo, es el conjunto de prestaciones de salud cuyo costo actual es elevado y presenta una perspectiva de aumento para el futuro, conforme al proceso de transición demográfica y epidemiológica⁸.

En la actualidad, los mecanismos de financiamiento de la protección de los adultos mayores en Costa Rica son variados, comprenden el pago directo de servicios por parte de la población no asegurada, con capacidad contributiva, pasando por el aseguramiento a cargo del respectivo fondo de pensiones que les brinda beneficios económicos, hasta el financiamiento a cargo del Estado para los ancianos indigentes.

⁷ Artículo 177 de la Constitución Política: Para lograr la universalidad de los seguros sociales y garantizar cumplidamente el pago de la contribución del Estado como tal y como patrono, se crearán a favor de la CCSS, las rentas suficientes y calculadas de tal forma que cubran las necesidades actuales y futuras de la Institución. Si se produjera un déficit por insuficiencia de esas rentas, el Estado lo asumirá, para lo cual el Poder Ejecutivo deberá incluir en su próximo proyecto de presupuesto la partida respectiva que le determine como necesaria la citada institución, para cubrir la totalidad de las cuotas del Estado.

⁸ Transición epidemiológica: buscar en el capítulo V de pensiones y colocar en este lugar.

Finalmente, la administración de las prestaciones económicas: subsidios por incapacidad laboral temporal, licencia por maternidad y otras, que ofrece el Seguro de Salud, deberán ser gestionadas de manera independiente por parte de la Gerencia Administrativa, en su nueva función de planificador -comprador.

3.5 ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Al inicio la década de los noventa, aún cuando se logra la consolidación del proceso de integración de los servicios a través del convenio Ministerio de Salud - CCSS, se enfatiza el enfoque curativo de la atención; esto se tradujo en la persistencia del fraccionamiento de la atención, en detrimento de los programas preventivos y promocionales. La causa fundamental de este problema, fue la política basada más en un enfoque biologista⁹ que integral, generando con ello desigualdades en la accesibilidad y en la distribución de los recursos destinados a la prestación de servicios. Esto trajo como consecuencia la disparidad que muestran los indicadores de salud en las diferentes regiones del país, afectando seriamente la equidad del sistema.

A partir de 1994, con el objeto de superar los problemas indicados y con ello dar un salto cualitativo, se definió una nueva estrategia que promovió un modelo de atención, basado en los principios de la seguridad social costarricense:¹⁰ la atención integral, el mejoramiento en el acceso a los servicios y enfatizando la solidaridad, la participación ciudadana, la equidad, la eficiencia y la calidad en su prestación. Esta estrategia es denominada Readecuación del Modelo de Atención.

3.5.1 Participación Ciudadana

La participación efectiva de los actores sociales, debe realizarse mediante el reconocimiento de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la construcción social de la salud, al menos en tres aspectos: a) el autocuidado de la salud. b) el control ciudadano de los servicios y c) la ejecución de acciones coordinadas para mejorar su calidad.

3.5.2 Atención Integral

La atención integral en salud es entendida desde la perspectiva de los servicios, como la integración de las acciones que incluyen los aspectos de prevención, promoción, curación y rehabilitación de la persona y la familia en la comunidad y en equilibrio con el medio ambiente.

Esta nueva visión, obliga a un enfoque poblacional, a reconocer la distribución heterogénea y desigual de las condiciones de vida en los diversos grupos sociales y sus condicionantes de salud. Además, promueve la responsabilidad de los ciudadanos, fundamentada en un fuerte componente educativo, para lograr su conducción social. El enfoque de atención integral determina a la vez, en el proceso de readecuación del

⁹ Enfoque biologista: se refiere especialmente a la respuesta farmacológica de cuadros clínicos definidos y desconoce el efecto del medio ambiente en la salud, el individuo y la familia.

¹⁰ Principios de la seguridad social costarricense: universalidad, equidad, solidaridad, obligatoriedad y participación ciudadana.

CCSS, Presente y Futuro

modelo, el fortalecimiento de la red de servicios, integrando efectivamente a los diferentes programas y niveles de atención.

Dentro de la estrategia planteada, se establecen programas de atención integral a los niños, adolescentes, mujeres, adultos y adultos mayores. Estos programas se desarrollan en los diferentes escenarios como: el escolar, el laboral, el comunal, el hogar y el consultorio, para brindar una oferta de servicios integrales y fortalecer una sociedad de oportunidades más justa y equitativa.



La inclusión de dos nuevas vacunas en el esquema básico de vacunación, fue uno de los grandes aciertos de la Administración Figueres Olsen. La vacuna contra la hepatitis B y la que protege contra la meningitis (*Haemophilus Influenzae* tipo b), están disponibles para los ochenta mil costarricenses que nacen cada año.

CCSS, Presente y Futuro

3.5.3 Organización de la Red de Servicios

El establecimiento de áreas de salud como unidades geográficas, de población y de gestión, conformadas por sectores de salud con los EBAIS y sus respectivos equipos de apoyo, son parte fundamental de la estrategia que se ha desarrollado para brindar una oferta universal de servicios integrales, en el primer nivel de atención.

Para todos los niveles de la red, se implementan cambios orientados al mejoramiento de la gestión mediante: la capacitación del recurso humano, el aumento de la resolutivez con el enfoque de medicina familiar y comunitaria, un programa de construcción de clínicas, hospitales y equipamiento médico¹¹.

Lo anterior significa articular una perfecta continuidad en los procesos de la atención, independientemente del lugar donde ésta se preste, llevando los recursos necesarios: humanos, servicios y de equipo, lo más cerca del usuario.

En cuanto al funcionamiento de la red de servicios de salud, debemos reconocer que existe una percepción bastante generalizada acerca de la falta de eficiencia y eficacia, que se traduce en insatisfacción por parte de los usuarios. En este sentido, la implantación del nuevo sistema de Asignación de Recursos Financieros (SARF), mediante la incorporación de los compromisos de gestión, adquiere especial relevancia, ya que, de esta forma, es posible obtener un sistema de máxima efectividad, eficiencia y calidad.

3.5.4 Continuidad de la Atención

La continuidad de la atención se garantiza mediante el seguimiento y el conocimiento del individuo y la familia, por parte del equipo de salud, en las diferentes etapas de su desarrollo: desde el embarazo, la infancia, la niñez, la adolescencia, la edad adulta y la vejez; con un enfoque integral (cobertura vertical) y dirigido a todas las personas (enfoque horizontal).

3.6 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

La propuesta del primer nivel de atención rescata los principios fundamentales de la cultura en salud de este país. Busca modernizar una estrategia probadamente exitosa a lo largo de los años, por medio de la Readequación del Modelo de atención, en el que se dé prioridad al primer nivel, especialmente a los programas de prevención y promoción de la salud. Debe destacarse que el primer nivel es la puerta de entrada al sistema y el primer contacto del usuario con los servicios.

3.6.1 Organización del Primer Nivel

En cuanto a los aspectos de organización del primer nivel, debe destacarse la conformación de 80 áreas de salud en todo el territorio nacional. Entendidas como unidades geográficas, de población y de gestión, caracterizadas por un perfil epidemiológico determinado. Estas áreas están conformadas por sectores, que suman 800

¹¹ Ministerio de Planificación Nacional. (1998). Gobernando en tiempos de cambio. Administración Figueres Olsen. pp. 190-207.

CCSS, Presente y Futuro

en todo el país. En cada sector se instala un EBAIS conformado por: un médico general, un auxiliar de enfermería y técnicos de atención primaria. Este equipo tiene la responsabilidad de la atención integral de la salud de las personas, las familias y las comunidades, ubicadas en una localidad de aproximadamente cuatro mil habitantes.

Se cuenta con un Equipo de Apoyo por área de salud, conformado por profesionales en: odontología, trabajo social, enfermería, farmacia, nutrición, medicina familiar y comunitaria y microbiología, los cuales tienen la responsabilidad de orientar, apoyar, capacitar y elevar el nivel resolutivo de los EBAIS.

3.6.2 Equipo de Apoyo

Para cumplir con las funciones y actividades descritas en el programa y normas de atención integral, los EBAIS y el Equipo de Apoyo asignado, deben realizar un trabajo sistemático y riguroso que parte de la visita domiciliaria por el técnico de atención primaria y la auxiliar de enfermería. Lo anterior, implica un conocimiento detallado y periódicamente actualizado de la situación de salud del sector y área bajo su responsabilidad, la elaboración de un plan local de salud y el desarrollo de procesos de monitoreo y autoevaluación por medio de las estrategias de trabajo en equipo y participación ciudadana.

Todos estos cambios están dirigidos al fortalecimiento de la gestión local, apoyados en programas de educación continua, el desarrollo de sistemas de información local (manual y automatizada), acordes con la nueva visión institucional. El propósito fundamental es dar un mayor grado de descentralización de los servicios de salud brindados en el área y los equipos de apoyo administrativo, especialmente en la gestión de recursos humanos, físicos y financieros, con el fin de mejorar la capacidad de satisfacer las prioridades locales.

A la fecha, se han inaugurado 65 áreas de salud y 585 sectores con sus respectivos EBAIS, cubriendo una población superior a dos millones de habitantes con énfasis en cantones rurales y comunidades prioritarias por su menor desarrollo socioeconómico, incluyendo la apertura en áreas del sector metropolitano. Lo anterior ha sido posible gracias a la creación y traslado del Ministerio de Salud de 1.200 y 600 nuevas plazas respectivamente, a la inversión en equipamiento que supera los 1.000 millones de colones y a la construcción y remodelación de 180 obras, con costos aproximados a los 4.000 millones de colones que en su conjunto alcanza más del 1 % del PIB¹² o sea. 25,000 millones de colones.

La estrategia de atención primaria, se ha sustentado en el mejoramiento significativo del acceso a los servicios y en el incremento de los recursos financieros dirigidos a mejorar la cobertura real, mediante actividades enfocadas hacia la salud familiar y comunitaria, así como al aumento en el nivel de resolutividad local.

¹² PIB: Producto Interno Bruto.



La entrega de 510 motocicletas para ser usadas por los asistentes técnicos de atención primaria fue la culminación de un largo proceso. Hoy, un ejército de salud recorre las calles y caminos de la patria.



Una flotilla de ocho lanchas asegura a los vecinos de las Barras, en la Región Atlántica, la cobertura de salud. En estos vehículos se traslada el personal de los EBAIS, así como los pacientes, cuando así se requiere. Dos unidades fueron equipadas para EBAIS acuáticos.

3.6.3 Mejoría en el Acceso

El acceso de los usuarios a los servicios se ha mejorado, gracias al incremento de la oferta en todo el país, por medio de la apertura de nuevas áreas de salud y al aumento de la resolutivez y expansión de esos servicios donde ya existían. Desde la perspectiva de acceso geográfico y social, la principal estrategia desarrollada es la desconcentración de la prestación de servicios a nivel del hogar, ubicando al EBAIS en un local, lo más cerca posible a la población y realizando la visita casa por casa.

Se han desarrollado estrategias de organización de servicios para favorecer el acceso de los usuarios, tales como adecuaciones horarias, simplificación de procedimientos, desconcentración de la afiliación y acortamiento en los tiempos de entrega de medicamentos, entre otras.

3.6.4 Aumento de la Cobertura

Este avance en la accesibilidad se acompaña de un aumento sostenido en las actividades consideradas prioritarias, por ejemplo: a) atención prenatal, crecimiento y desarrollo, b) vacunación, c) salud de la mujer, d) detección del cáncer y e) atención de crónicos. Asimismo, en la aplicación de la atención integral en los diferentes escenarios, se ha detectado la necesidad de fortalecer el enfoque de salud familiar y comunitaria, en el quehacer de los diferentes miembros del equipo de salud. Para lograr esta iniciativa, se brinda capacitación a los equipos locales de salud con el propósito de modificar la forma de prestación de servicios hacia una atención más integral, desarrollar nuevas acciones para atenciones grupales y diversificación de los distintos escenarios de la atención como son: el laboral, el escolar, el consultorio, el familiar y el comunitario. El siguiente reto en el aumento de la cobertura, es establecer el programa del adulto mayor, que permita incorporar a este importante grupo de costarricenses.

3.6.5 Aumento de la Resolutivez

Un cometido fundamental del proceso de cambio es aumentar la resolutivez del primer nivel de atención. En este sentido, se ha avanzado hacia la consolidación de la atención integral a la salud, privilegiando las acciones de promoción y prevención, además de fortalecer acciones asistenciales, de forma tal que, cada vez se resuelvan más problemas en el primer nivel y, en consecuencia, se regule la referencia de pacientes al segundo nivel de atención o consulta especializada. Lo anterior se ha logrado con extensos programas de capacitación en temas de medicina familiar a los médicos generales, con un aporte de mayores recursos humanos, físicos y materiales adicionales, incorporación de compromisos de gestión y su evaluación. Asimismo, supliendo servicios de apoyo en farmacia y laboratorio con distintas modalidades que incluyen la tradicional, la compra de servicios a terceros y finalmente, la creación del Técnico Polifuncional para Farmacia, Registros de salud y Estadísticas (ATEBAIS).

El nuevo sistema de información brindará un mejor conocimiento de las necesidades y problemas de salud, el fortalecimiento de trabajo en equipo y la participación social, incorporando el análisis de situación local de salud de las poblaciones en las áreas, han contribuido a mejorar la resolutivez. Lo anterior debe destacarse como uno de los avances fundamentales del proceso de modernización, por cuanto permite orientar la planificación de la oferta según las particularidades locales de la demanda.

CCSS, Presente y Futuro

En relación con la organización de las áreas, se cuenta con varios esquemas de estructura organizacional, no obstante se requiere profundizar el análisis sobre aspectos epidemiológicos, demográficos, geográficos, sociales y de infraestructura, a fin de encontrar los criterios idóneos para integrar las áreas en unidades que permitan una gestión más eficiente.

3.6.6 Logros

Este proceso ha conducido a logros cualitativos en relación con la satisfacción de los usuarios de los servicios. Los resultados de un estudio realizado en 1997, demuestran que la opinión general de los usuarios de los servicios prestados por los EBAIS, es sumamente satisfactoria, arrojando un 8.5 en una escala de 1 a 10. En las comunidades donde el cambio se ha implementado, la mayoría de los entrevistados opinan que los servicios han mejorado en relación con el modelo tradicional de prestación de los servicios.



La sede de EBAIS en Río Jiménez, es una muestra de la moderna infraestructura en salud, construida para fortalecer el programa de atención integral de la salud en todo el país.

En resumen, se consideran como principales logros en la estrategia de Atención Primaria los siguientes:

- Apertura de la totalidad de Áreas de Salud en las zonas rurales y comunidades prioritarias.
- Validación sobre el terreno de la propuesta.
- Aumento de la equidad, calidad, satisfacción del cliente¹³, accesibilidad, cobertura y resolutivez de los servicios del primer nivel con una creciente respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población.
- Avances en la operacionalización de la atención integral, el trabajo en equipo y la participación ciudadana.
- Incorporación de los compromisos de gestión y su evaluación como instrumentos para lograr mayor eficiencia en el uso de los recursos disponibles en salud.
- Avances en la constitución del Área de Salud como unidad médico administrativa a cargo de una población.
- Aumento de la capacidad de gestión local.
- Implantación del nuevo sistema de información del primer nivel, incluyendo su automatización cuando las condiciones lo permiten.
- Incorporación de diferentes modalidades de gestión y prestación de servicios (cooperativas, medicina de empresa, medicina mixta) y proyectos a desarrollar en el futuro con la Universidad de Costa Rica.

3.6.7 Retos y Desafíos del Primer Nivel en el Área Urbana

Se debe hacer un esfuerzo por completar la apertura de las áreas de salud en donde corresponda, especialmente en las cabeceras de las provincias: Alajuela, Heredia, San José y Cartago, para lo cual se requiere contar con nuevos recursos humanos, concluir la construcción de las clínicas que alojen a los equipos de salud y la dotación necesaria del equipo médico. Sin embargo, la atención integral de la salud en el área urbana, debe ser replanteada de acuerdo con las diferencias existentes en esta parte del país. La concentración de la población, el perfil epidemiológico, los problemas sociales y el desempleo, la inseguridad ciudadana, el estrés y la ansiedad de las personas, la contaminación del aire y de los ríos, el hacinamiento y las malas condiciones habitacionales, son entre otros, factores condicionantes de un estado de salud deteriorado, que justifican una propuesta diferente para las zonas urbanas.

Por lo anterior, es necesario hacer un esfuerzo conceptual que permita diseñar la estrategia de atención integral en las áreas de salud urbanas, con especial énfasis en la situación laboral de los habitantes, de las escuelas para los niños y del ámbito familiar. Se deberá incluir en este análisis la articulación con servicios de atención a los niños en edad pre-escolar en los CEN-CINAI¹⁴, los Hogares Comunitarios y las Guarderías Infantiles. Además, se debe hacer énfasis en los servicios que prestan los centros de atención a los y las adolescentes en estado de riesgo social, lo cual conduce a la delincuencia, la drogadicción, los embarazos no deseados, la alta mortalidad infantil en este grupo de la

¹³ Cliente, usuario, asegurado, paciente, se refiere a la persona que demanda servicios integrados de salud, de pensiones, financieros y administrativos con derechos y deberes.

¹⁴ CEN-CINAI: Centros de Educación y Nutrición y Centro Infantil de Nutrición y Atención Integral.

CCSS, Presente y Futuro

población, la violencia y los accidentes laborales y de tránsito, con alta mortalidad en la población adulta joven.

Por todo lo anterior, se requiere un esfuerzo especial para la definición e implantación de la organización y oferta de servicios, en las áreas de salud urbanas y urbano marginales. Se deberá de incluir entre otros:

- Articulación con modalidades mixtas de prestación como la Medicina mixta y la libre elección médica. principalmente en áreas urbanas.
- Introducción de la nueva salud escolar¹⁵ para estudiantes en escuelas y colegios, que junto a la medicina de empresa y la medicina familiar, se integrarán en el nuevo modelo de atención integral urbano.

Se requiere de la consolidación de las áreas de salud en aspectos fundamentales del nuevo Modelo de Asignación de Recursos Financieros, con énfasis en lo siguiente:

- Continuar con el proceso hacia la equidad en la distribución de recursos financieros, mediante una asignación prospectiva y ajustada de acuerdo con las necesidades de salud de la población.
- Continuar esfuerzos conjuntos con las escuelas formadoras de recursos humanos para la adecuación curricular y escenarios de enseñanza consecuentes con las necesidades y problemas de salud del país. Incorporar el enfoque integral en lo referente a salud escolar, laboral, familiar y comunitaria en la formación de los diferentes grupos disciplinarios.

Se necesita además, consolidar la gestión de las áreas de salud, integrándose en Unidades Administrativas Desconcentradas, para lo cual se debe continuar con las siguientes acciones:

- Continuar adecuación de subsistemas administrativos.
- Consolidación del nuevo sistema de información en salud.
- Consolidación del sistema financiero y contable.
- Oficialización de la estructura organizacional para las áreas de salud.
- Descripción y oficialización de nuevos perfiles de puestos.
- Incremento de la capacidad de planificación local (ASIS¹⁶, planes de empresa, control y evaluación).
- Continuar el fortalecimiento de la desconcentración.

Finalmente, ante la necesidad de un aumento en el nivel de resolutivez de la Atención Primaria, se requiere dar prioridad a las siguientes acciones:

- Capacitación de los equipos de salud en gestión y de los médicos generales en aspectos clínicos.

¹⁵ Salud Escolar: se refiere a la nueva modalidad de atención en escuelas y colegios que abarca todas las actividades de promoción y prevención médico social con énfasis en el desarrollo psicosocial, la odontología y la prevención de la drogadicción y las enfermedades de transmisión sexual entre otras.

¹⁶ ASIS: Análisis de Situación Integral de Salud.

CCSS, Presente y Futuro

- Desarrollar el sistema de incentivos con criterios de productividad, eficiencia y calidad, que privilegie a los equipos del primer nivel y al médico general de acuerdo con la importancia de su rol en el sistema.
- Desarrollar una atención continua y compartida entre los niveles del sistema, mediante una revisión del sistema de referencia y contrarreferencia, de manera conjunta con representantes de los tres niveles de atención.
- Estimular mayores vínculos entre profesionales de distintas disciplinas y niveles, mediante actividades docentes y de investigación.
- Promover la mayor utilización de tecnología moderna de comunicación (telemedicina).
- Sensibilizar a médicos especialistas sobre la importancia de su rol en el Área de Salud y no sólo en el hospital.
- Implantar el uso de protocolos con claros criterios de referencia y contrarreferencia.

3.7 PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Para lograr el desarrollo del país y el fortalecimiento de la democracia, es absolutamente indispensable la participación de los habitantes en la toma de decisiones, que afectan los intereses colectivos. Esta participación debe considerarse como un proceso que incorpora a todos los actores sociales en la negociación y concertación para el control de la situación de salud. Por tal motivo, debe consagrarse dentro de los principios fundamentales de la Seguridad Social, junto con la universalidad, solidaridad y, la subsidiaridad¹⁷ del Estado.

La participación ciudadana como expresión social, ha formado parte de la vida cotidiana de todo grupo y comunidad: sin embargo, como proceso se debe promover y facilitar desde las instituciones, como un concepto relativamente nuevo en la gestión de los servicios.

Según lo anterior, en el proceso de modernización institucional se torna fundamental el fomento de la participación ciudadana y potenciar la acción conjunta de todas aquellas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, que han demostrado ser eficientes y eficaces en el desarrollo de acciones para el bien común y, particularmente, en la prestación de los servicios de salud.

En el Sector Salud, se hace necesario identificar y redefinir los procesos de participación ciudadana y de participación social, en todas las etapas de la planificación y prestación de los servicios. En respuesta a lo anterior la Institución desarrolla "La Carta de Derechos y Deberes de los Usuarios y Usuarías", la cual regula la relación entre los ciudadanos y los prestadores de servicios de salud. Ver Anexo No. 2.

El proceso de participación ciudadana genera entonces una estrecha relación entre instituciones y ciudadanos, promoviendo nuevos espacios y formas para ejercerla. Como expresiones de estas diversas formas de participación social que se han promovido dentro

¹⁷ Subsidiaridad: se refiere a la condición del Estado como último responsable de los programas de la Seguridad Social.

CCSS, Presente y Futuro

de la institución podemos citar: las Juntas de Salud Hospitalarias, los Comités de Salud, los Grupos de Servicios, las Damas Voluntarias, las Fundaciones, las Asociaciones, y otros. También se han abierto canales para que el ciudadano pueda expresarse individualmente sobre la calidad y oportunidad de los servicios, mediante el acceso a: la Contraloría de los Servicios, el buzón de quejas, entrevistas directas y encuestas de satisfacción de los clientes.

Los logros en salud al igual que en otros sectores, están influenciados por la participación que la población tenga en la producción de servicios asistenciales de curación y rehabilitación, de prevención y promoción. El aspecto más importante de la participación ciudadana, es el efecto positivo que tiene en el estado de salud de las personas y en la legitimación de los actores, mediante la motivación y la responsabilidad del equipo, de la persona y la familia, en su cuidado y fomento, así como la sinergia que se produce al compartir una condición bio-síquico-social determinada.



El esfuerzo conjunto de la CCSS y la comunidad, culminó con la apertura de una moderna clínica en Puerto Viejo de Sarapiquí, un centro médico de avanzada al servicio de esta población.

Capítulo IV

4. EL NUEVO ENFOQUE DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La estrategia sobre provisión de servicios de salud, dirigidos a las personas, se basa en el Modelo de Atención Integral y Universal del Seguro Nacional de Salud. Su propósito fundamental es buscar alternativas de administración y modalidades de gestión de los servicios, que promuevan mejoras en la calidad de la prestación y la eficiencia.

Los lineamientos estratégicos, en el marco del nuevo enfoque de prestación de servicios, se resumen como sigue:

- La CCSS dictará las políticas generales y los lineamientos sobre condiciones de funcionamiento de los servicios de salud dirigidos a las personas, independientemente de que los programas o actividades sean contratados con empresas públicas o privadas.
- La administración deberá avanzar hasta donde el ordenamiento constitucional lo permita para lograr la autonomía hospitalaria, la facultación y la descentralización de los niveles locales.
- Se integrarán los servicios en una red para que su funcionamiento estimule el desarrollo de su competitividad, el trabajo en equipo y el aumento de la capacidad resolutoria en cada nivel y unidad prestadora de servicios. Para este propósito, se establecerá un sistema de asignación de recursos por nivel de atención y unidades, mediante un esquema de incentivos a la productividad, calidad y eficiencia.
- Se promoverá la aplicación de la administración de los servicios, ya sea pública, privada o mixta, utilizando contratos y compromisos de gestión, para la asignación de los recursos financieros.
- Los programas y actividades prioritarias deberán realizarse por medio de una adecuada combinación de los esquemas de medicina de empresa¹⁸, escolar, atención domiciliar y en sede local, en conjunto con los de medicina mixta¹⁹, libre elección²⁰, capitación²¹ y otras. Su correcta mezcla²² la darán la situación social y económica de las comunidades y sus habitantes.

¹⁸ Medicina de empresa: se refiere a la modalidad de prestación de servicios médicos que se otorga en las empresas con aportes en exámenes de laboratorio y gabinete y de medicamentos por parte de la CCSS. La empresa aporta el consultorio médico y el personal.

¹⁹ Medicina mixta: en este caso el paciente escoge al profesional médico y paga el costo de la consulta. La CCSS aporta los medicamentos, los exámenes de laboratorio y gabinete que se requieran.

²⁰ Libre elección médica: se entiende aquel aporte económico que hace la CCSS sobre una lista de especialidades médicas y de procedimientos con dificultades de acceso en el sistema general, los cuales presentan listas de espera prolongadas.

²¹ Capitación: modalidad de pago per cápita de los servicios de salud del primer nivel mediante el cual el equipo de salud ofrece un paquete de servicios a un determinado grupo poblacional.

²² Estas modalidades deberán de rediseñarse a la luz del modelo de atención integral.

4.1 AUTONOMIA HOSPITALARIA

El modelo tradicional utilizado por la CCSS, durante las últimas décadas, estuvo basado fuertemente en la centralización de todos los procesos y recursos vinculados con la administración de los hospitales de la red. Esta situación limitó el desarrollo de competencias gerenciales e instrumentos de la gestión hospitalaria moderna, en cuanto a capacidad de adquisición, compra de bienes y servicios, implantación de sistemas para la gestión y administración. La deficiencia en la gestión clínica, la falta de control en la producción hospitalaria, la limitada y heterogénea información financiero contable y presupuestaria y la carencia de gestión del recurso humano son ejemplos del resultado de una administración centralizada.

La figura jurídica de hospital como empresa pública descentralizada, se presenta actualmente como la fórmula más adecuada para mejorar su gestión, especialmente en cuanto a calidad, eficiencia de los servicios y satisfacción del cliente. Esta nueva visión de la empresa social más grande que existe en el país, permitirá acercar los servicios a los clientes, conocerlos mejor y actuar con mayor oportunidad y agilidad. Se considera apropiado iniciar este proceso de descentralización con todos los hospitales nacionales, tanto los generales como los especializados, y los regionales, para que se constituyan en unidades autónomas; de manera que los gestores en los distintos niveles de la organización asuman un nuevo rol, en el marco del ordenamiento de la Administración Pública.

Para consolidar el modelo de Hospital Público Descentralizado con personería jurídica y manejo de recursos propios, que privilegie la prestación de los servicios, se requiere lo siguiente:

- Desarrollar la capacidad de toma de decisiones.
- Lograr la gestión de los recursos humanos.
- Promover competencias gerenciales en los hospitales.
- Lograr una cultura organizacional corporativa. promoviendo un mayor compromiso e identificación del personal, con la organización y sus valores.
- Definir una gestión financiera propia. con presupuesto por producto y costo por producto hospitalario.
- Enfocar el servicio hacia el cliente.
- Potenciar la participación real de la comunidad.
- Promover una gestión desconcentrada de los aspectos de orden logístico. tecnológico e infraestructura física.

La concepción de un hospital público descentralizado, dada la autonomía conferida constitucionalmente a la CCSS, es viable mediante reforma legal, para lo cual dicha reforma debe articular el nuevo Sistema Hospitalario de la Seguridad Social.

CCSS, Presente y Futuro

El nuevo Modelo de Asignación de Recursos Financieros que se propone, permitirá establecer relaciones de facturación y compra de servicios entre niveles, mecanismo que propiciará el funcionamiento articulado de la red hospitalaria con base en criterios de sana competencia e incentivos a la productividad, calidad y eficiencia.

4.2 MODELO DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS

El enfoque tradicional de la gestión de los seguros de salud administrados en el ámbito del sector público, vigente a la fecha en la mayor parte de los países de América Latina, no establece una separación de las funciones entre financiamiento, asignación de recursos y provisión de servicios. Con raras excepciones, las técnicas del presupuesto público conllevan criterios de asignación de recursos sobre una base histórica, sustentada en un análisis de los factores de producción. Esta situación perpetúa problemas de eficiencia y de equidad en la distribución y uso de los recursos y no conduce a una asignación por objetivos y resultados.

El proceso de modernización que lleva adelante la CCSS, considera como uno de sus objetivos fundamentales la implantación de un nuevo Sistema de Asignación de Recursos Financieros (SARF) para la administración del seguro de salud. Basado en criterios de asignación prospectiva, capaz de atender las prioridades de salud del país y dirigido a estimular la productividad, la calidad y la eficiencia.

4.2.1 *Objetivos Estratégicos del Nuevo SARF*

El marco conceptual para el establecimiento del nuevo Modelo de Asignación de Recursos en el Seguro de Salud, aprobado por Junta Directiva a finales de 1996, integra los siguientes cuatro objetivos estratégicos:

- Sustituir los presupuestos de base histórica por presupuestos prospectivos vinculados a resultados.
- Asignar, equitativamente, los recursos en función de las necesidades de la población, la demanda y la producción óptima en cuanto a eficiencia y calidad.
- Descentralizar y dar autonomía a hospitales y áreas de salud.
- Establecer la función gerencial en los hospitales y áreas de salud.

4.2.2 *Compromisos de Gestión*

Los compromisos de gestión son instrumentos de gestión de los servicios de salud, en hospitales y áreas de salud, que permiten, dentro de una lógica contractual, establecer una relación entre producción de servicios y asignación de recursos financieros. Este compromiso establece condiciones dirigidas a identificar el producto de los hospitales áreas de salud, a mejorar la calidad de los servicios y las intervenciones de salud, la satisfacción de los clientes, la seguridad en la prestación y la eficiencia en el manejo de los recursos.

Los compromisos son el resultado de una negociación que toma en cuenta la capacidad

CCSS, Presente y Futuro

de producción real de los centros, bajo condiciones de eficiencia, entre el Director o Gerente y el Administrador, con sus asesores del Área Financiera, del Hospital o área de salud y el planificador - comprador de Servicios de Salud del nivel central, en este caso la nueva Gerencia de División Administrativa.

Los hospitales y áreas de salud que cumplan con las metas y objetivos acordados en el compromiso de gestión, obtienen los incentivos económicos establecidos, los cuales pueden alcanzar hasta un 10% del presupuesto de gastos del ejercicio anual.

Este proceso inició en 1996, con la inclusión de hospitales y áreas de salud dentro de la concepción de un proyecto piloto, a fin de asignar los recursos del ejercicio presupuestario anual de 1997. Los primeros hospitales que firmaron estos compromisos son los nacionales y especializados del área metropolitana, a saber: Hospital San Juan de Dios, Hospital México, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Hospital Nacional de Niños y los hospitales regionales y periféricos dentro de los cuales se encuentran el Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas, el Hospital San Francisco de Asís de Grecia y el Hospital William Allen de Turrialba. También, se incorporaron las áreas de salud de: Barranca, Chacarita, Esparza, Turrialba y Santa Bárbara de Heredia.

El establecimiento de los compromisos de gestión constituye el paso fundamental hacia la descentralización de la gestión de los servicios de salud. A partir de 1997, se han realizado diferentes evaluaciones en cada uno de ellos, mostrando resultados positivos en dirección hacia la calidad y la eficiencia. Si bien, se avanza rápidamente, se requiere pasar por el proceso de aprendizaje que permita desarrollar las competencias gerenciales requeridas.

4.2.3 Retos para la Consolidación del SARF

Los logros alcanzados se consideran satisfactorios, no obstante, el reto es definir e incorporar, junto a los compromisos de gestión, nuevos criterios de asignación de recursos que ajusten la producción a la casuística, con el propósito de avanzar hacia la implantación definitiva del nuevo SARF. Para lo cual se hace indispensable considerar lo siguiente:

- Incorporar nuevos criterios de asignación presupuestaria, basados en el cumplimiento de objetivos estratégicos y resultados, según las áreas estratégicas de operación del Seguro de Salud.
- Establecer un Plan de Salud y otros planes estratégicos por áreas de gestión, que incorporen definiciones críticas, de financiamiento, costos, recurso físico, tecnología, calidad de servicios e impacto en condiciones de salud.
- Definir de manera precisa la estrategia de compra, que guíe la consolidación de sus metas propuestas.
- Establecer un proceso de seguimiento sistemático de asignaciones presupuestarias, tanto a nivel de macro áreas de gestión como a nivel local
- Realizar ajustes adicionales en el sistema de información presupuestaria
- Desarrollar un nuevo sistema contable que sea capaz de producir la información

CCSS, Presente y Futuro

financiera con la clasificación y detalle requeridos; en macro programas.

- Realizar los ajustes en el sistema de información sobre producción de servicios en los hospitales y áreas de salud, con el fin de contar con los insumos necesarios para afinar progresivamente el esquema de asignación de recursos y los procesos de evaluación y control gerencial.
- Concertar los objetivos estratégicos, los principios y sus alcances. La falta de claridad puede representar un importante factor de riesgo, especialmente en cuanto a logros a corto plazo por parte de los diversos actores involucrados en su gestión; ya que la implantación del nuevo SARF traerá resultados palpables en el mediano y largo plazo.

Es imprescindible, por lo tanto, iniciar un proceso de discusión y concertación, con el fin de dar a conocer en la CCSS, los siguientes factores críticos para el éxito del nuevo SARF:

- Ordenar la gestión de recursos financieros en el Seguro de Salud.
- Fortalecer los programas del primer nivel de atención, tanto en su gestión como en el financiamiento, en el marco de un modelo readecuado de atención a la salud.
- Fijar prioridades en la asignación de los recursos hacia aquellos programas o acciones de salud que causen el mayor impacto posible en el estado de salud de la población y en la satisfacción de los usuarios, al menor costo posible.
- Introducir elementos de gestión empresarial en la gestión hospitalaria y clínica en general.
- Fortalecer la capacidad del nivel central en los ámbitos de la planificación estratégica, definición de políticas, regulación y control de macro gestión.
- Lograr una mayor articulación en el funcionamiento de los tres niveles de atención, procurando una mayor resolutivez en el local y el regional. así como una mayor coordinación entre ellos.
- Desarrollar mecanismos de competitividad entre los gestores de áreas de salud y hospitales, con el fin de elevar la eficiencia y la calidad del servicio.
- Fortalecer la inversión en recurso físico y lograr una mayor articulación entre la gestión en salud y en recurso físico, en los tres niveles de atención.
- Transformar el esquema de asignación de recursos humanos y materiales.

4.2.4 Retos para la Consolidación del Nuevo SARF

En el contexto del Proyecto de Modernización, se consideran de enorme trascendencia los siguientes pasos estratégicos:

- Lograr una identificación y definición más precisa de la estructura programática del

CCSS, Presente y Futuro

Seguro de Salud, que incorpore una mayor desagregación de los programas y subprogramas que conforman el Seguro de Salud, especialmente el Programa de Atención Integral a la Salud y establecer principios de financiamiento, asignación y gestión, diferenciados para cada uno de los programas y subprogramas, dada su distinta naturaleza.

- Consolidar el esquema de separación de funciones (financiamiento, compra y provisión de servicios), tarea que demandará esfuerzos importantes en cuanto al establecimiento de los roles específicos de la administración central del Seguro y de las estructuras territoriales (regionales y locales). Adicionalmente, se requiere avanzar en la adecuación de la estructura organizacional y funcional del nivel central.
- Profundizar en la implantación de criterios de asignación de recursos, ligados a producción por actividad y perfeccionar los instrumentos técnicos para la fijación de tarifas per cápita en áreas de salud y tarifas por producto (UPH²³ y GDR²⁴ en una etapa posterior) según casuística aplicable a los hospitales.
- Desarrollar un esquema que permita guiar las definiciones en cuanto a prioridades en la asignación de recursos, por niveles de atención, territoriales, grupos, acciones, programas, entre otros.
- Desarrollar un modelo de asignación de recursos para inversiones físicas mayores y dotar de contenido económico suficiente, a esta área de operación del Seguro de Salud.
- Precisar las etapas del proceso interno de Asignación de Recursos, para lograr una mayor transparencia, capacidad y control de la gestión de los recursos.

4.2.5 Definiciones y Productos Requeridos

A continuación se presenta una serie de instrumentos útiles para la ejecución en el corto plazo de la estrategia planteada anteriormente.

- Crear la Unidad de planificación y compra de servicios de salud.
- Formular un Plan de salud de atención a las personas.
- Establecer planes estratégicos, para las áreas de financiamiento, inversiones mayores en recurso físico, sistemas de información y recursos humanos y otras que se identifiquen.
- Definir metas de asignación de recursos (estructura del gasto), por macro programas, para los próximos años con base en el Plan de salud de atención a las personas, la estrategia de compra y en los planes estratégicos.

²³ UPH: Unidad de producción hospitalaria calculada de acuerdo con las características de cada centro.

²⁴ GDR: Grupos de diagnóstico relacionado, incluyendo grupos de procedimientos y de diagnósticos clínicos, los que se relacionan entre sí, con un costo similar.

CCSS, Presente y Futuro

- Ajustar la estructura presupuestaria, para incorporar la segregación del programa de Prestaciones Económicas en Salud, así como de los programas y acciones de Promoción.
- Desarrollar una nueva estructura contable, que refleje la asignación de recursos con las mismas clasificaciones que utilizará el Presupuesto.
- Consolidar los sistemas y procesos que permitan sistematizar y medir, de forma objetiva, el cumplimiento de los compromisos de gestión.
- Establecer un sistema de Incentivos, basado en evaluaciones de desempeño
Establecer un sistema de evaluación de desempeño.
- Considerar dentro del marco regulatorio la participación del Sector Privado en el mercado de salud.
- Diseñar políticas de contratación del recurso humano.
- Definir las funciones de Direcciones Regionales dentro del nuevo SARF.
- Definir los mecanismos de facturación entre niveles de atención.
- Desarrollar los Planes de Empresa, por parte de los establecimientos con compromisos de gestión.
- Establecer un plan piloto para clasificación de pacientes "Case Mix"²⁵
- Establecer un Modelo de Asignación de Recursos e Inversiones, para Infraestructura.

4.3 RETOS y DESAFIOS DE LA REFORMA

La evolución del Estado, en su papel de prestador al de regulador y financiador de servicios públicos, presenta un buen número de desafíos para la modernización del sector salud costarricense. Entre ellos se pueden citar:

- El diseño de nuevos sistemas de organización que fomenten una gestión más eficaz y eficiente de los servicios públicos.
- La adecuación del marco normativo de la actividad pública a sistemas de evaluación basados en resultados, en función de criterios preestablecidos.
- La devolución de autoridad y responsabilidad a los niveles locales, acompañada de una adecuación del marco normativo.
- Consolidar el financiamiento público requerido por el sector salud, para asegurar la solidaridad y

²⁵ Validación cualitativa y cuantitativa del conjunto de la casuística hospitalaria.

CCSS, Presente y Futuro

sostenibilidad del sistema.

- Establecer un plan de salud basado en las prioridades nacionales en materia de salud y la disponibilidad del financiamiento requerido.
- Con el propósito de asegurar el máximo aprovechamiento de los recursos, las prioridades en el ámbito nacional y su adaptación en el ámbito local, deben estar basados en criterios de costo-efectividad. Este concepto debe guiar el desarrollo de estrategias de compra y de contratación de servicios.
- Considerar el financiamiento de los servicios de salud para la población indigente, en cualquier sistema de financiamiento, público o privado.
- Plantear una estrategia para corregir iniquidades históricas en la distribución de recursos, mediante la introducción de mecanismos de asignación de recursos territoriales y de población que consideren los factores de riesgo, como edad, sexo, y otros indicadores socioeconómicos.
- Basar los mecanismos de asignación de recursos en el principio: "El dinero sigue al cliente", de manera que guíe las decisiones sobre la equidad en el financiamiento del sistema.
- Promover la suscripción voluntaria y de carácter complementario a la cobertura pública con una regulación cuidadosa y explícita del Estado en los seguros privados.

Los problemas que enfrenta el financiamiento del sector salud, requieren un amplio análisis sobre los posibles papeles de la provisión pública y la privada. A pesar de que la provisión privada de servicios de salud podría ofrecer oportunidades para mejorar su eficiencia y calidad. Algunos países que lo han promovido encontraron problemas de equidad e incremento de costos.

Aquellos gobiernos que han introducido reformas exitosas en el sector salud de los países, generalmente incrementan su papel en la provisión de información, regulación y financiamiento.

Ante la apertura del mercado de seguros, se requiere posicionar adecuadamente a la CCSS, promoviendo sus oportunidades competitivas, con el fin de garantizar la sostenibilidad de un seguro solidario y de cobertura universal.



Con una inversión superior a los 640 millones de colones, el proyecto de Telemedicina permite la teleconferencia y la interconsulta entre hospitales, para la capacitación y la atención especializada: ¡Que viajen las ondas, no los pacientes!

Capítulo V

5. EL SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES

Al final de este siglo, se vive una revolución en el campo de la previsión social; se plantean nuevas concepciones de los sistemas de pensiones, en materia de administración y configuración de los perfiles de beneficios y requisitos, así como de su financiamiento.

En nuestro continente, la experiencia chilena ha sido uno de los principales detonantes, por cuanto propicia una visión diametralmente opuesta a la que tradicionalmente ha sustentado la Seguridad Social. El dilema fundamental enfrenta al individualismo por un lado y a la solidaridad social por el otro, ya que dicha experiencia ha brindado terreno fértil a una corriente de pensamiento que aporta a favor del individualismo, como única salida para atender el fenómeno natural del envejecimiento de los seres humanos.

Las reformas que se están llevando a cabo, casi en su totalidad, en Europa, América y Asia, han sido motivadas especialmente por problemas financieros de corto, mediano o largo plazo. Asimismo, se ha reconocido que los esquemas de protección diseñados hacia finales de la primera mitad de este siglo, no obedecen ni corresponden efectivamente con la realidad socioeconómica actual y, menos aún, con la que promete el próximo siglo.

En este contexto de reformas, las Instituciones de Seguridad Social están llamadas a privilegiar y defender sus principios, incluido el de correspondencia entre el desarrollo económico y el desarrollo social, así como a promover una administración eficiente y esquemas de financiamiento novedosos que permitan un nuevo pacto social, racional y austero, articulado con una realidad económica encaminada hacia la estabilidad y el crecimiento.

5.1 ARTICULACIÓN DEL SISTEMA

La reforma o la reestructuración de los distintos regímenes de pensiones, figuran en la agenda del gobierno de Costa Rica desde principios de esta década. Durante los últimos años, se han producido algunos cambios en el sistema nacional de pensiones, aunque se reconoce que algunas reformas deben profundizarse.

La Junta Directiva de la CCSS, consciente de esta realidad, ha presentado un paquete de reformas para apoyar el proceso de articulación del Sistema Nacional de Pensiones, partiendo de la estrategia de fortalecimiento del Régimen de Pensiones de IVM y del diseño de nuevos instrumentos de previsión, enmarcados en los principios de la Seguridad Social. Dentro de la estrategia de diseño de nuevos instrumentos del sistema, se considera fundamental el papel de liderazgo que, en virtud de su enorme tradición y trayectoria en el campo de la previsión, debe asumir la CCSS.

El presente apartado hace referencia a los problemas actuales que enfrenta el Sistema Nacional de Pensiones y a las posibles opciones de reforma, desde la perspectiva de la doctrina y la técnica de la seguridad social.

5.1.1 Lineamientos Estratégicos

Los sistemas nacionales de pensiones, visualizados como empresas sociales, están

CCSS, Presente y Futuro

llamados a promover un cierto balance entre las iniciativas e intereses de los distintos agentes involucrados. Por esta razón, se debaten en el dilema de articular el papel que deben jugar el Estado, la iniciativa privada y los grupos u organizaciones laborales, llamadas a patrocinarlos.

La estrategia que parece conjugar o concertar más claramente las iniciativas e intereses involucrados se sustenta en la nueva corriente de desarrollo sostenible, según la cual, se debe propiciar el fortalecimiento articulado, tanto de las iniciativas de mercado, como de las instituciones. Particularmente, se deben reconocer las necesidades de la población y las posibilidades reales para atenderlas de acuerdo con las condiciones socio-económicas del país.

En este contexto, la nueva conceptualización de los sistemas nacionales de pensiones se inspira en la articulación de tres o más componentes o "pilares", dirigidos a las necesidades de protección de la colectividad en general, de los diferentes grupos de trabajadores y de las personas en particular. Necesidades que puedan al mismo tiempo hacerse corresponder con las posibilidades financieras y económicas del país.

En el primer componente, la protección se dirige sin distinciones a la persona como miembro indeterminado de la Población Económicamente Activa (PEA), por medio de los seguros sociales. El régimen de protección es de carácter obligatorio, solidario y universal, otorgando un monto de pensión básico en correspondencia con las posibilidades financieras y económicas.

En el segundo componente, la protección se dirige prioritaria mente a la persona como miembro de determinado grupo de una empresa o institución, actividad, profesión, gremio, sindicato o asociación y se materializa mediante los llamados Fondos de Pensiones Complementarias. La protección podrá ser de adscripción voluntaria u obligatoria y el nivel del complemento estará en correspondencia con la capacidad financiera del grupo y de sus patrocinadores.

En el tercer componente, la protección va encaminada a la persona como tal; puede materializarse mediante los Planes o Fondos de Capitalización Individual²⁶ y es de adscripción voluntaria, en correspondencia con las posibilidades individuales.

La articulación de los regímenes mencionados, desde su mismo origen, debe reconocer que el primer pilar constituye un cometido esencial del Estado como administrador, gestor y subsidiario, dado que éste va dirigido, sin distinciones, a toda la PEA, sin perjuicio de la participación del sector privado en diferentes programas.

Respecto' de los pilares segundo y tercero, debe concederse al Estado un papel predominante de patrocinador, facilitador, regulador y contralor, atendiendo a que éstos van dirigidos preferentemente a determinados grupos o sectores de ingresos medios y altos de la PEA.

En el segundo componente, existe la posibilidad de que el Estado asuma un mayor papel al decidirse por la estrategia de los llamados "Fondos Complementarios Abiertos", dirigidos

²⁶ Planes o fondos de capitalización individual, ver apartado 5.3 de este capítulo.

CCSS, Presente y Futuro

a todos los trabajadores o a los grupos de menor ingreso, o que por sus características de actividad no tengan acceso a otros patrocinadores, sin perjuicio de la iniciativa privada tutelada por él.

Asimismo, se estima que el papel de algunas instituciones, de la empresa privada y de los grupos laborales debe ser protagonizado en el segundo y tercer pilares. En este caso, se debe propiciar un ambiente de seguridad y confianza, con libertad de elección e información transparente, en un mercado satisfactoriamente regulado mediante la adecuada participación de la Superintendencia de Pensiones.

En este contexto, la estrategia visual izada para la articulación del sistema de pensiones, incluye el fortalecimiento y modernización del Seguro de IVM y el establecimiento de un Régimen Obligatorio de Ahorro para la Jubilación, bajo un esquema de capitalización individual. Además, incluye el ordenamiento del Régimen Institucional de Fondos de Pensiones Complementarias, para conformar un segundo componente financiado mediante capitalización completa²⁷. Asimismo, la propuesta articula dichos proyectos con los de modernización y ajuste de los regímenes contributivos con cargo al Presupuesto Nacional y de reforma legal del Régimen Privado de Pensiones Complementarias.

Dado el impacto de los sistemas de pensiones en la economía y, teniendo en cuenta la necesidad de promover el ahorro y la inversión real en infraestructura económica y de servicios, los métodos actuariales de financiamiento juegan un papel relevante en la garantía de los beneficios. Las opciones más prudentes y racionales se encaminan hacia los métodos que combinan los esquemas de reparto y los de capitalización, con el fin de balancear los costos y los riesgos.

5.1.2 Necesidad de Reforma

En nuestro país, la evolución de la política de pensiones de invalidez, vejez y muerte, ha estado marcada por motivaciones de orden eminentemente proteccionista. La actual distribución de beneficios y de cargas sociales en este campo, refleja tanto la presión ejercida sobre el Estado por distintos grupos socio-profesionales, así como la percepción que el mismo Estado adoptó acerca de su papel en materia de Previsión y Seguridad Social.

Al igual que en países económicamente más vigorosos, en nuestro país los imperativos macroeconómicos imponen una revisión de la política de previsión social, en la medida en que ésta pudiera estar incidiendo negativamente en el equilibrio del presupuesto del Estado. Cada vez existe mayor conciencia de que el déficit del presupuesto estatal se debe, en parte, al peso excesivo del rubro "pensiones" (asociado principalmente a regímenes especiales substitutivos con cargo al Presupuesto Nacional), posiblemente el segundo en importancia después de la carga representada por el pago de intereses sobre la deuda interna. El alto déficit presupuestario y el elevado nivel de endeudamiento interno, exigen correcciones y reajustes que implican una revisión de la legislación sobre pensiones.

²⁷ Se refiere al esquema de financiamiento mediante el cual las obligaciones se atienden mediante el rendimiento de las inversiones y el ingreso derivado de una prima fija en el tiempo.

CCSS, Presente y Futuro

Al mismo tiempo, resulta evidente que la previsión social construida en nuestro país durante varios decenios, refleja orientaciones de política social propias del pasado, no todas capaces de responder a exigencias y condiciones contemporáneas y, menos aún, a las que promete plantear el nuevo milenio. Independientemente de los imperativos económicos, se manifiesta así la conveniencia de proceder a una revisión crítica de la legislación actual en materia de pensiones.

Los impulsos para la reforma, nacen en el interior de las estructuras vigentes, sin eludir influencias provenientes del exterior. Las nuevas tendencias doctrinales en materia de previsión, conducen ineludiblemente a reexaminar el papel del Estado, el concurso privado y las iniciativas grupales e individuales dentro de un nuevo esquema para compartir responsabilidades y derechos. En conclusión, el panorama actual de la previsión social en Costa Rica, así como su entorno demográfico, económico y social exigen, de parte de todos los sectores interesados, la autocrítica y una voluntad innovadora.

Nuestro país cuenta solamente con dos de los tres pilares o componentes que caracterizan a los sistemas nacionales de pensiones. Estos componentes o regímenes, están a cargo de diversos entes y presentan estructuras programáticas diferenciadas, pero no están articulados en un verdadero sistema. Como parte del primer componente, el Seguro de IVM es el régimen general de pensiones, obligatorio para el sector asalariado y voluntario para los trabajadores independientes.

A la par del Seguro de IVM, existen otros programas sustitativos, de carácter público, que brindan protección a algunos grupos de empleados del sector público. Se trata del Régimen de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional, el Régimen General de Pensiones con Cargo al Presupuesto Nacional (de carácter transitorio) y el Fondo de Pensiones y Jubilaciones del Poder Judicial. Asimismo, como parte del primer pilar, existe también un programa asistencial administrado por la CCSS, denominado Régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico (RNC), dirigido a personas desprotegidas y de escasos recursos económicos.

El Segundo Componente no existe, pues únicamente se ofrecen algunos planes complementarios de pensiones, que cubren a empleados de algunas instituciones del sector público, entre ellos los fondos complementarios del Banco de Costa Rica y del Banco Nacional, de la CCSS, del ICE²⁸ y de RECOPE²⁹.

En el denominado tercer componente, durante los últimos años, se han desarrollado planes privados de ahorro individual para el retiro, que cubren cerca del 15% de la fuerza laboral y son administrados por las operadoras de fondos de pensiones y entidades financieras.

A través de diversos diagnósticos, no obstante los recientes esfuerzos de reforma, todos ellos de manera parcial se ha identificado la prevalencia de los siguientes retos:

- Mejorar la protección de los grupos más vulnerables de la población y crear mejores

²⁸ ICE: Instituto Costarricense de Electricidad

²⁹ RECOPE: Refinadora Costarricense de Petróleo.

CCSS, Presente y Futuro

condiciones para su integración plena a los regímenes generales de la seguridad social.

- Sostenibilidad de largo plazo para los regímenes públicos contributivos, dada la tendencia creciente de los costos, derivada de las variaciones demográficas que conllevan al envejecimiento de la población.
- Necesidad de diversificar los instrumentos de protección y los esquemas de financiamiento, introduciendo un segundo componente obligatorio, a fin de capitalizar el sistema.
- Articulación del primer componente, para armonizar el Seguro de IVM y el resto de los regímenes especiales contributivos del sector público
- Aumento de la cobertura horizontal en el primer componente, especialmente de los trabajadores asalariados del sector privado de bajos ingresos y, en general, de los trabajadores no asalariados.
- Garantía de la solidaridad entre generaciones y de la equidad entre grupos de activos en el primer y segundo componentes.
- Necesidad de revisión de la regulación de cada componente y articulación de un verdadero Sistema Nacional de Pensiones.
- Promover efectos positivos sobre la economía en el sector financiero, el mercado laboral y la producción nacional.

5.1.3 Rediseño del Sistema

La propuesta de rediseño del Sistema Nacional de Pensiones incluye los principios normativos, los objetivos planteados, el nuevo papel del Estado y la racionalidad interna del Sistema, promovidos por la Junta Directiva. Adicionalmente, se incluye la arquitectura básica sobre la estructura y funciones de cada componente, así como el financiamiento, perfil de beneficios y requisitos y la administración del segundo componente o pilar, que resulta ser el régimen novedoso del Sistema.

Se acepta como premisa que la previsión social forma parte de un sistema u ordenamiento jurídico de derechos económicos y sociales, fundamentados en preceptos constitucionales, los cuales por su carácter programático hacia un ideal necesitan para su aplicación de un cuerpo normativo, una organización o persona jurídica gestora y una disponibilidad de recursos.

La naturaleza de tales derechos implica que la nueva política de previsión en Costa Rica debe privilegiar la mayor coherencia y equilibrio entre los objetivos sociales y los imperativos económicos. En consecuencia, la misión del Sistema Nacional de Pensiones es proveer la protección en caso de invalidez, vejez y muerte, que se considera socialmente válida; dentro de un marco de racionalidad y austeridad, consecuente con una economía encaminada hacia la estabilidad y el crecimiento.

Los principios informadores generales del Sistema Nacional de Pensiones, se extraen de

CCSS, Presente y Futuro

la Constitución Política, según la cual, el Estado costarricense debe procurar el mayor bienestar de los habitantes, organizando y estimulando la producción y el más adecuado reparto de la riqueza³⁰. Como tal, debe promover la construcción de viviendas populares y facilitar la creación de un patrimonio familiar³¹, propiciar la capacitación de los trabajadores³², garantizar la protección en el trabajo³³, facilitar la creación de empleos y la reintegración de los desempleados a la actividad productiva³⁴, y al término de la vida activa y en caso de invalidez o muerte, garantizar una protección digna y universal³⁵.

5.1.4 Principios informadores

La seguridad social y, dentro de ella, la protección ante las contingencias de invalidez, vejez y muerte, es un derecho fundamental del ser humano.

El Sistema Nacional de Pensiones se inspira en los principios de la seguridad social de obligatoriedad, universalidad, solidaridad e igualdad, consagrados en la Constitución Política de la República.

5.1.5 Objetivos

1. El Sistema Nacional de Pensiones brindará seguridad económica a los trabajadores del país, al cesar la vida activa, ya sea por razón de vejez o jubilación, por invalidez o muerte del jefe de familia. El monto de las prestaciones tenderá, en la medida de las posibilidades, a que el nivel de vida de los beneficiarios se mantenga.

2. El Sistema Nacional de Pensiones brindará protección, en aplicación de los principios citados arriba, a todos los activos del país. La universalidad de la cobertura tomará en cuenta situaciones económicas y socio profesionales específicas, sin igualar forzosamente los derechos y las expectativas de todas las categorías protegidas, garantizando un nivel básico general de protección aceptable para todos.

3. Adicionalmente, el Sistema Nacional de Pensiones propiciará el desarrollo económico nacional, mediante incentivos al ahorro interno, al fortalecimiento del mercado de capitales y a la inversión, especialmente en infraestructura económica.

5.1.6 Papel del Estado y de la Iniciativa Privada

La política de protección ante los riesgos de invalidez, vejez y muerte es una responsabilidad del Estado, sin perjuicio de que la ejecución de ciertos programas se realice con la participación privada.

Corresponde a la CCSS dirigir y administrar el primer componente, el cual constituye la base fundamental del Sistema Nacional de Pensiones en cuanto a su cobertura y

³⁰ Artículo 50 del capítulo de Garantías Sociales

³¹ Artículo 65 del capítulo de Garantías Sociales.

³² Artículo 67 del capítulo de Garantías Sociales.

³³ Artículo 66 del capítulo de Garantías Sociales.

³⁴ Artículo 72 del capítulo de Garantías Sociales.

³⁵ Artículos 73 y 74 de Garantías Sociales y 177 de la Constitución Política.

CCSS, Presente y Futuro

beneficios.

El Estado como último responsable normará y fiscalizará, con los límites legales, los diferentes regímenes y programas del Sistema Nacional de Pensiones.

5.1.7 Racionalidad y Estructura del Sistema

El Sistema Nacional de Pensiones debe procurar un adecuado balance entre las necesidades sociales e individuales y las posibilidades financieras y económicas de corto, mediano y largo plazo.

El Sistema Nacional de Pensiones se estructurará y administrará de conformidad con criterios técnicos, con la necesaria participación y representación de los diferentes sectores involucrados. Contemplará las funciones: asistencial, de protección general, de protección complementaria y de previsión personal.

El cuadro 3, resume la estructura propuesta para el Sistema Nacional de Pensiones, de acuerdo con sus programas y funciones.

5.2 SOSTENIBILIDAD DEL RÉGIMEN IVM

El ordenamiento legal y reglamentación del Seguro de IVM están siendo revisados con el propósito de alcanzar los siguientes objetivos: (A) extender la cobertura, (B) mejorar la relación entre el esfuerzo contributivo y los beneficios, reducir los incentivos a la evasión, hacer más transparentes y efectivos los elementos de solidaridad y equidad, eliminar subsidios y transferencias irracionales y garantizar que la futura evolución de costos sea viable desde el punto de vista económico y (C) fortalecerlo financieramente.

5.2.1 Extensión de Cobertura

Durante las dos últimas décadas, la cobertura horizontal del Seguro de IVM se ha mantenido en el 50% del total de la PEA, a causa principalmente de una baja afiliación voluntaria del grupo de trabajadores independientes y de la existencia de regímenes públicos de carácter sustitutivo. Ante esta situación, la Institución está promoviendo el proyecto de reformas a la Ley Constitutiva de la CCSS, que incluye la obligatoriedad de adscripción a los Seguros Sociales, particularmente de todos los trabajadores independientes.

La reforma legal planteada también incluye la obligatoriedad de los asalariados del Sector Público, que actualmente cotizan sólo para los regímenes especiales, con lo cual se espera elevar la cobertura al 70% de la PEA en el corto plazo.

Para los propósitos antes indicados, se está desarrollando una estrategia de mercadeo y afiliación de los diferentes grupos de trabajadores independientes, con énfasis en los grupos de bajo ingreso y del sector campesino.

CUADRO 3
Estructura y funciones del Sistema Nacional de Pensiones

COMPONENTE	FUNCIÓN	RÉGIMEN DE PROTECCIÓN	GESTIÓN
PRIMERO	Asistencial	Régimen No Contributivo (RNC)	Pública a cargo de la CCSS.
	Protección General, Obligatoria, Universal y Solidaria	Régimen Obligatorio de Pensiones IVM	Administración a cargo de la CCSS.
		Régimen Obligatorio de Riesgos del Trabajo.	A cargo del INS ³⁶ .
		Regímenes Especiales del Sector Público, transitorios.	A cargo de los Ministerios de Trabajo y Hacienda.
SEGUNDO	Protección Complementaria, Obligatoria, Universal y Equitativa	Régimen Complementario Obligatorio de Ahorro para Jubilación (nuevo)	Pública con participación privada. A cargo de la CCSS, Banco Popular y OFP's.
		Régimen Institucional de Fondos de Pensiones Complementarias.	Ente Gestor Público, OFP's ³⁷ y Fondos Institucionales, regulados por el Estado. Sujetos a la fiscalización de la SUPEN ³⁸
TERCERO	Previsión Personal Voluntaria	Régimen Privado de Pensiones Complementarias, con planes de ahorro Individual.	Privada. Administración mediante OFP's, reguladas por el Estado. Sujetos a la fiscalización de la SUPEN.

FUENTE: CCSS, Gerencia División de Pensiones

5.2.2 Rediseño del Esquema de Protección

Se estima que el proceso de envejecimiento de la población tendrá un fuerte impacto sobre los costos, en las próximas décadas, llevándolos a niveles no viables tal y como puede apreciarse en el siguiente cuadro.

CUADRO 4
Efecto del proceso de envejecimiento
de la población sobre los costos.

Año	COTIZANTES POR PENSIONADO	COSTO COMO PORCENTAJE DE LOS SALARIOS
2000	7.0	7.5
2010	6.8	9.2
2020	5.6	11.0
2030	4.2	15.5
2040	3.2	20.6

Fuente: CCSS. Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

Asimismo, dada la actual fórmula de cálculo de la pensión, se estima que su monto inicial está altamente influenciado por el nivel de inflación, determinando efectos negativos para los beneficiarios.

Ante este panorama, se propone un cambio paulatino en el perfil de beneficios y requisitos, que respete los derechos adquiridos, incluyendo los siguientes alcances:

- Modificación paulatina del salario de referencia para el cálculo de la pensión, con el fin de reflejar más claramente el esfuerzo contributivo durante la carrera laboral del afiliado.
- Establecimiento de un tope al salario cotizable, por encima del cual el trabajador no cotizará, con el fin de incentivar la cotización de los grupos de ingresos altos, dentro de un plano de mayor equidad y transparencia.
- Mejorar el sistema y requisitos de calificación del estado de la invalidez, con el fin de reducir las altas tasas de invalidación prevalecientes.
- Aumento paulatino a la edad promedio de retiro, introduciendo aumento en la edad mínima e incentivos a la postergación.
- Se propone un ajuste paulatino a la fórmula de cálculo de la pensión, llegando a un mayor reemplazo acumulado en el primer tramo del salario y a una tasa de reemplazo promedio alrededor del 60% del salario promedio neto del último año laborado.

CCSS, Presente y Futuro

5.2.3 Fortalecimiento Financiero

En el área del fortalecimiento financiero se propone mejorar los ingresos por concepto de contribuciones, mediante la extensión de la cobertura y mejora de los instrumentos de control de la evasión y morosidad incluidos en la reforma legal. Asimismo, se propone una revisión del método actuarial de financiamiento utilizado, con el propósito de redimensionar los niveles de capitalización previstos.

El esquema o método actuarial de financiamiento utilizado por el Seguro de IVM, es del tipo denominado capitalización parcial moderada. En este caso, las provisiones financieras de largo plazo suponen el financiamiento de buena parte de los gastos de operación, por medio de los rendimientos de las inversiones de los fondos que se acumulen. El nivel de capitalización del sistema y la proporción de gastos que pueda financiarse por medio de los rendimientos de las inversiones, depende del nivel de fondos acumulados y de la tasa real de retorno que se obtenga.

5.2.4 Estrategia de Inversión

En este contexto, la gestión de las inversiones de los fondos constituye una función primordial, dirigida al fortalecimiento del régimen de capitalización y al logro del equilibrio financiero de largo plazo. Dada la importancia de esta función, teniendo en cuenta las perspectivas de desarrollo de los mercados financieros, se considera prioritario diseñar la estrategia que permita configurar una cartera ajustada a los requerimientos financieros del Seguro de IVM, tanto en el corto como en el mediano y largo plazos.

5.2.5 Posición de la CCSS como Inversionista

En primer término, la CCSS reconoce que juega un papel relevante en el desarrollo del mercado financiero nacional, al ser uno de los inversionistas institucionales más importantes, dado el volumen de fondos³⁶ y posibilidades que maneja el Seguro de IVM. Asimismo, se considera prudente aprovechar las buenas oportunidades que ofrecen los mercados extranjeros.

La política de inversión de los fondos de reserva del Seguro de IVM, se ajusta a los lineamientos establecidos en la sección V de la Ley Constitutiva de la Institución. los cuales establecen que los fondos de reserva de la CCSS deben invertirse en las más eficientes condiciones de garantía y rentabilidad, prefiriéndose en igualdad de condiciones aquellas que reporten mayores ventajas para los servicios que presta la Institución, para la estabilidad y crecimiento de la economía de nuestro país y el bienestar social en general.

La posición de la CCSS como inversionista, puede resumirse de la siguiente manera "Lograr el máximo rendimiento posible, asumiendo un nivel de riesgo moderado y otorgando énfasis al mercado nacional"

³⁶ En la actualidad el volumen de fondos sobrepasa de 150 mil millones de colones.

5.2.6 Objetivos de la Inversión

1. Promover una cartera de inversiones ajustada a las nuevas posibilidades, buscando las mejores condiciones de rentabilidad, asumiendo un nivel de riesgo moderado.
2. Invertir en las opciones de más alta calidad, prefiriendo en igualdad de condiciones, las que contribuyan al desarrollo institucional, económico y social del país.
3. Invertir en instrumentos que ayuden a profundizar y desarrollar el mercado financiero nacional, promoviendo las colocaciones de mediano y largo plazos.
4. Asumir una posición cautelosa y racional, apoyándose en la diversificación en cuanto a líneas de inversión, emisores, instrumentos, plazos y monedas.
5. Proteger la cartera utilizando técnicas de diversificación, para minimizar riesgos ante cambios sensibles en las tasas de interés, el nivel de inflación y la devaluación.
6. Mantener un nivel de liquidez mínima adecuada y en función de los compromisos y obligaciones de corto plazo.
7. Utilizar el asesoramiento de expertos en temas de inversiones, mercado financiero nacional y posibilidades en el exterior, para aprovechar el conocimiento y experiencia acumulados en manejo de carteras.
8. Capacitar al personal técnico para que pueda analizar y ampliar sus conocimientos, con el objetivo de desarrollar competencias y obtener mejores carteras y rendimientos, así como nuevas oportunidades.

5.2.7 Desarrollo del Sistema Financiero

El Régimen de IVM no cuenta con un sistema integrado de presupuesto, contabilidad y pagos, que permita el manejo separado e independiente de sus recursos, respecto de los del Seguro de Salud. Actualmente, los registros presupuestarios y contables se efectúan a través de la información generada por las unidades, mediante el Sistema de Información Financiera (SIF), el cual fue diseñado principalmente para satisfacer las necesidades del Seguro de Salud.

Una de las causas que ha mantenido esta situación es que la Gerencia de Pensiones no ha contado con el recurso necesario para asumir estas funciones. Esto ha provocado lentitud en el desarrollo de los procesos de consolidación de nuevos esquemas de administración financiera. Otra de las limitantes enfrentadas, es la rigidez en los actuales sistemas de información, lo que imposibilita contar con información oportuna para la toma de decisiones.

Para mejorar el análisis de los datos presupuestarios, se inició el Programa de Análisis y Control Presupuestario, que se encarga de revisar esta información y generar la documentación relacionada con la formulación, ejecución y control presupuestario. Sin embargo, es imperativo realizar un diagnóstico integral, para estudiar los procesos contables, presupuestarios y de pagos, que agilicen el trámite y mejoren los sistemas de

información requeridos.

En este momento, los esfuerzos deben orientarse al establecimiento de un sistema integral de información financiera, que permita mayor eficiencia en la utilización de los recursos, mejorar el rendimiento y coadyuvar a la capitalización del Régimen de Pensiones.

5.3 REGÍMENES COMPLEMENTARIOS

Como se ha podido observar, el Sistema Nacional de Pensiones no cuenta con un segundo componente, con la salvedad de la protección complementaria ofrecida a algunos grupos de empleados de instituciones públicas, lo que produce desigualdades no deseadas.

El segundo componente del sistema que proponemos, estaría conformado por el Régimen Institucional de Fondos de Pensiones Complementarias, que incluye a los fondos ocupacionales existentes y el nuevo Régimen Obligatorio de Ahorro para la Jubilación. Se propone su regulación mediante ley especial, articulada con la legislación de los otros dos componentes del sistema.

5.3.1 Régimen institucional de Pensiones Complementarias

El Régimen Institucional de Fondos de Pensiones Complementarias, que se propone crear, es un régimen dirigido a racionalizar y fortalecer los Fondos Complementarios Institucionales existentes, los cuales deberán ser acreditados y fiscalizados por la Superintendencia de Pensiones.

En este régimen se incluyen los fondos complementarios que cubren a los empleados de los Bancos Estatales, la CCSS, el ICE, Recope, el Magisterio Nacional y el Poder Judicial. Es recomendable su rediseño, para que se orienten a ofrecer una protección complementaria más racional y a reducir las cargas patronales, pues algunas son muy elevadas.

Para el caso de los empleados nuevos y más jóvenes, se recomienda que el aporte patronal no sobrepase del 3% sobre los salarios, que se contemple los derechos adquiridos y un ajuste paulatino de los beneficios y cargas financieras, sobre la base de los estudios actuariales pertinentes.

Los fondos que presenten déficits actuariales muy elevados, deberán considerar la alternativa de incorporar a los nuevos y jóvenes empleados en el Régimen Obligatorio de Ahorro para Jubilación, que se propone adelante.

Los fondos que posean una situación financiera y actuarial manejable, podrán optar por un esquema de auto administración compartida por trabajadores y patrono o bien, contratar la administración con una Operadora de Fondos de Pensiones. En este caso el patrono no contribuye al Régimen Complementario Obligatorio de ahorro para la Jubilación, ni tampoco el trabajador.

5.3.2 Régimen Obligatorio de Ahorro para Jubilación

Ante la inminente necesidad de racionalizar el perfil de beneficios y requisitos del Seguro de IVM y de capitalizar el sistema, la alternativa que visualizamos como más recomendable es el establecimiento de un Régimen Complementario Obligatorio de Ahorro para Jubilación, entendido como un régimen de capitalización individual, que cubra a todos los trabajadores de los sectores público y privado que no queden cubiertos por los fondos institucionales antes indicados.

El financiamiento propuesto inicialmente para este régimen es del 3.5% sobre los salarios, que se podría obtener de la contribución del 2.5% por parte del trabajador y del 1 % por parte del patrono, a fin de propiciar una mayor participación del trabajador en este segundo componente del sistema, como contrapeso a la mayor participación del patrono en el Seguro de IVM.

Cuando se trata de un régimen de capitalización individual, los activos de jubilación se manejan en cuentas individuales a nombre del trabajador, donde se acumulan las contribuciones y los rendimientos de las inversiones de los fondos. En este tipo de régimen (capitalización), el papel del rendimiento de las inversiones es fundamental en su cometido social. Por tanto, el manejo de los fondos debe ajustarse a las más eficientes condiciones de garantía y rentabilidad.

El perfil de beneficios y requisitos incluye la protección complementaria en los casos de invalidez, vejez y muerte. El derecho a los beneficios se supedita a cumplir los requisitos para tener derecho a pensión en el Seguro de IVM o en los regímenes transitorios con cargo al Presupuesto Nacional, existiendo la posibilidad de acceder a los activos de jubilación para un retiro anticipado.

El ente administrador de los fondos, según la elección del trabajador, deberá manejar los activos de jubilación aún después de ésta. En este caso, el trabajador al jubilarse puede solicitar capital de retiro o pensión como renta vitalicia, de conformidad con la normativa y parámetros aprobados por la Superintendencia de Pensiones. En el caso de muerte o invalidez del afiliado, dependiendo del número de años cotizados, el beneficio podrá ser el capital acumulado en la cuenta individual o una pensión equivalente a ese capital, según la normativa y parámetros indicados.

En condiciones normales, el aporte total del 3.5% sobre el salario más la consecuente capitalización, permitirá obtener, a los 65 años de edad, una pensión equivalente al 20% del salario promedio neto del último año laborado, lo cual sumado al monto de pensión que otorga la CCSS logrará alcanzar un 80%.

Se propone un esquema de administración mixta por medio de una combinación de entes de los sectores público y privado, aprovechando la infraestructura institucional existente.

Con el afán de mantener los debidos controles y un costo de administración manejable, se propone que en el período inicial de operación de tres a cinco años, la administración se mantenga centralizada en un ente público, que se considere apropiado. Luego de ese período se abriría a la libertad del afiliado, para que anualmente escoja la operadora de su elección.

5.4 FORTALECIMIENTO DEL RNC

El Régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico, fue creado mediante Ley No. 5662 o Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, del 23 de diciembre de 1974, con el objetivo de proporcionar auxilio económico o subsidio temporal, a todas aquellas personas que encontrándose en un evidente estado de necesidad, no están protegidos por los regímenes de pensiones existentes en el país. El artículo No. 4 de esa Ley, establece que este régimen será administrado por la CCSS.

El financiamiento de este régimen de asistencia social, se obtiene mediante el 20% de los ingresos que perciba el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), el cual se constituye con los recursos obtenidos por concepto del impuesto sobre ventas y el recargo sobre planillas.

Adicionalmente en enero de 1989, se creó un nuevo programa, con la Ley No. 7125, Ley de Pensión Vitalicia para Personas que Padece Parálisis Cerebral Profunda, la cual en el artículo No.1 establece que: "su financiamiento estará a cargo del Régimen No Contributivo". De esta forma, se establecen dos programas: el Programa de Subsidios Temporales y el Programa de Pensiones por Parálisis Cerebral Profunda³⁷, cada uno de los cuales está regido por leyes y reglamentos diferentes y, por tanto, los requisitos y el perfil de beneficios resulta distinto en cada uno de estos programas.

El logro de mayor trascendencia experimentado en los últimos tres años, lo constituye la aprobación del nuevo reglamento del Régimen No Contributivo, en mayo de 1995, por cuanto se introdujo el criterio de articular la línea de pobreza con el ingreso familiar per cápita, como parámetros fundamentales para el otorgamiento de los subsidios temporales. Asimismo, se ha agilizado el trámite de las solicitudes para ambos: subsidios y pensiones. Además se establecen las bases para la revisión de los actuales y futuros beneficiarios, con lo cual se facilita alcanzar una más eficiente asignación de los recursos, mediante una orientación de estos hacia la población económicamente más desprotegida.

5.4.1 Extensión y Mejora de la Cobertura

La evolución en el número de subsidios temporales y pensiones por parálisis cerebral, refleja el afán institucional de alcanzar la mayor cobertura posible, pasando de 14.000 beneficiarios en el año 1975, a 71.000 en el año 1997. Este aumento está determinado por una política acentuada en la concesión de nuevos subsidios y pensiones, otorgando un promedio de 2.590 casos adicionales por año. Asimismo, en cuanto a la cobertura horizontal, el reglamento establece la prioridad de la protección a la vejez, sin embargo de conformidad con la Encuesta de Hogares de 1996, el número de personas mayores de 65 años en condiciones de pobreza ascendía a 76,000, de las cuales 24,000 estaban cubiertas por el Régimen No Contributivo y 13,000 obtenían protección de alguno de los sistemas de pensiones existentes. Esto significa que actualmente el régimen está cubriendo apenas el 38 por ciento de la población meta.

Ante este panorama, la estrategia de extensión de la cobertura y mejora en el monto de

³⁷ En abril de 1998 el subsidio temporal tiene una cuantía de 8.500 colones y la Pensión por Parálisis Cerebral Profunda 40,000 colones.

CCSS, Presente y Futuro

los subsidios, está direccionada a que en el año 1999 se logre cubrir al menos el 50% de la población anciana actualmente ubicada en extrema pobreza, y que el nivel de los subsidios alcance el 50% de la pensión mínima vigente en el Seguro de Pensiones IVM, lo cual permitirá establecer los objetivos que dieron origen a este importante programa de asistencia social. Para el logro de estos objetivos, es absolutamente indispensable contar oportunamente con el total de recursos destinados por ley y establecer el programa permanente de revisión de casos.

5.4.2 Lineamientos Básicos

- Garantizar el aumento en el monto y el pago de las planillas mensuales de los subsidios y las pensiones, de manera que el beneficiario reciba ágil y oportunamente las prestaciones, diversificando el esquema de pagos y las entidades pagadoras.
- Brindar a los beneficiarios diferentes prestaciones sociales en procura del mejoramiento de su nivel y calidad de vida.
- Continuar con la revisión de casos otorgados y la selección de beneficiarios, en zonas prioritarias establecidas en el Plan Nacional de Combate a la Pobreza.

5.4.3 Mejora en la Gestión Financiera

El Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, del cual obtiene su financiamiento el Régimen No Contributivo, está constituido por el 20% de lo recaudado por concepto del impuesto sobre las ventas y el 5% de recargo sobre las planillas de los patronos públicos y privados, con algunas excepciones.

En los últimos años, debido a problemas de carácter fiscal que ha enfrentado el país, las transferencias correspondientes al impuesto sobre las ventas se han realizado parcialmente, lo cual ha afectado sensiblemente al Régimen No Contributivo, Impidiendo mejoras en el perfil de beneficios. En este sentido, en la presente década, las transferencias de recursos de la Dirección General de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, hacia el RNC han mostrado un faltante promedio anual de aproximadamente 1.000 millones de colones.

En lo que respecta a los egresos, resulta de fundamental importancia destacar que solamente un 3%, en promedio, se dedican a gastos administrativos, lo cual significa que el restante 97% llega directamente a los beneficiarios, mediante el pago del subsidio o la pensión y del correspondiente aguinaldo, así como del aseguramiento en el Seguro de Salud.

Dadas las condiciones reseñadas, es fundamental realizar las gestiones necesarias para la suscripción de acuerdos con el Ministerio de Hacienda a fin de que se puedan garantizar en forma total y oportuna los recursos que de conformidad con la Ley 5662, le corresponden al Régimen No Contributivo de Pensiones.

5.4.4 Mejora en la Gestión Administrativa

Se han logrado importantes avances en la gestión administrativa del Régimen No Contributivo, tales como la desconcentración, la automatización de procesos y la reforma

CCSS, Presente y Futuro

reglamentaria. Los objetivos de la administración están orientados hacia la consolidación en la automatización de los procesos, mejor servicio al cliente, así como a una mayor extensión en la cobertura y mayores aumentos en los montos de los subsidios.

En cuanto a la desconcentración y automatización, es destacable que en los últimos dos años se han instalado unidades de trabajo en las diferentes Direcciones Regionales de Sucursales, lo que ha permitido un mayor control en cada uno de los procesos, así como una mejora en la oportunidad de la información.

No obstante, para alcanzar una mayor eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de trámite, se planean para 1998, los denominados compromisos de gestión con las sucursales y otras entidades.

5.5 DESARROLLO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES

En la actualidad existe mayor conciencia de que los asuntos sociales, son claves para lograr el desarrollo en toda nación en vías de crecimiento social y económico. Es por ello que, en los últimos dos años, la Gerencia de Pensiones se ha preocupado por formular políticas con acciones dirigidas a desarrollar programas de prestaciones sociales que mejoren el nivel de vida de las personas cubiertas por los Seguros Sociales.

Reconocemos que estos servicios no sólo le competen a la CCSS, por lo que se considera relevante liderar procesos y acciones tendientes a promover el desarrollo humano, desde la perspectiva de la participación ciudadana.

Las prestaciones sociales se encuentran expresadas en los reglamentos de los Seguros Sociales y del RNC: y para implementarlas, la Junta Directiva aprobó en diciembre de 1997, el Reglamento de Prestaciones Sociales, por medio del cual se establece un fondo que dará el respaldo económico a los programas que actualmente promueve la CCSS. Dicho fondo será capitalizable con el fin de asegurar, en el tiempo, el otorgamiento de prestaciones y servicios sociales.

5.5.1 Programa Ciudadano de Oro

En los últimos años, Costa Rica ha experimentado un aumento acelerado en la población de 65 años y más, actualmente representa un 5% del total y como efecto de un continuo proceso de transición demográfica³⁸, representará un 10% dentro de dos décadas. Esta situación plantea el reto de buscar nuevas respuestas a las necesidades de este grupo y mejorar los programas dirigidos a su integración a la vida en sociedad su desarrollo personal, autonomía y, en general, a mejorar su calidad de vida.

Por esta razón, la CCSS a través de la Gerencia de Pensiones, tomó la iniciativa de promover y desarrollar el programa Ciudadano de Oro el cual pretende crear una cultura

³⁸ Se conoce como transición demográfica al cambio observado en la población de una situación de alta mortalidad general: alta mortalidad infantil por enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias, con alta desnutrición, alta fecundidad y baja esperanza de vida: a una situación de baja mortalidad y fecundidad y alta esperanza de vida con un perfil epidemiológico caracterizado por enfermedades crónicas y degenerativas.

de dignificación y respeto hacia las personas mayores mediante beneficios sociales, económicos y culturales, dirigidos a este importante sector de la población

El programa ofrece a todas las personas mayores de 65 años, sin distinciones de ningún tipo, una serie de beneficios tendientes a mejorar su calidad de vida, tales como: recreación y salud, descuentos comerciales, atención preferencial en instituciones públicas, bolsa de empleo, espectáculos públicos culturales y deportivos y otros. Para la identificación de los beneficiarios del programa, se utiliza una tarjeta dorada con los datos básicos del portador.

Esta iniciativa busca establecer también alianzas estratégicas entre los seguros de Salud e Invalidez, Vejez y Muerte, así como el involucramiento de otras instituciones, organizaciones privadas, el sector comercial y la comunidad en general, con el fin de reconocer a todas las personas mayores el esfuerzo y trabajo de toda una vida en favor de la Patria.

- **Trato preferencial en instituciones públicas:** por lo general, a las personas mayores se les dificulta el acceso a los servicios públicos porque reciben un trato que califican como "malo y desconsiderado". Ellos abogan por un trato respetuoso y que se les reconozca como personas que han sido y siguen siendo útiles a la sociedad en múltiples campos.

Para ofrecer este beneficio se logró el apoyo de instituciones como: Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, Compañía Nacional de Fuerza y Luz, los bancos del Sistema Bancario Nacional, el Instituto Costarricense de Electricidad y la CCSS; con el fin de que se brinde al adulto mayor un trato preferencial, amable, respetuoso y oportuno en todo trámite, así como todas las comodidades y facilidades de información y recepción de documentos.

Para 1998 se amplía la atención preferencial a otras instituciones como: el INS, el IMAS³⁹, BANCOOP⁴⁰, BANEX⁴¹, Banco de San José, Banco Metropolitano, Interfin, Bancrecen, Mutual La Vivienda, entre otras. Además el Presidente de la República firmó el decreto para el trato preferencial de los Ciudadanos de Oro en todas las Instituciones del Sector Público.

- **Trato preferencial en el Seguro Social:** es importante mencionar que, para implementar esta nueva cultura en la CCSS, específicamente en los servicios de salud, la Junta Directiva emitió la circular No. 12728, del 12 de agosto de 1997, mediante la cual se acuerda adoptar la política de atención preferencial a personas mayores en todas las unidades de la Institución. A la fecha, 20 centros de salud de la Institución han adquirido, dentro de sus compromisos de gestión, la responsabilidad de brindar atención preferencial a los Ciudadanos de Oro.
- **Descuentos Comerciales:** El grupo de las personas mayores se considera muy vulnerable a los problemas socioeconómicos, razón por la cual se busca a través de

³⁹ IMAS: Instituto Mixto de Ayuda Social.

⁴⁰ BANCOOP: Banco cooperativo.

⁴¹ BANEX: Banco de la Exportación.

CCSS, Presente y Futuro

los descuentos en el comercio, aumentar su capacidad adquisitiva de bienes y servicios.

Para ello se ha coordinado con las empresas del sector comercial y a diciembre de 1997, los adultos mayores tienen la posibilidad de obtener descuentos en 1.400 establecimientos distribuidos en todo el territorio nacional, dentro de los que se destacan: farmacias, tiendas, zapaterías, clínicas de salud privadas, laboratorios médicos, ópticas, supermercados, comercios al por menor y otros. Para este año, se pretende lograr 1000 convenios nuevos en el ámbito central y 500 en el regional.

Es importante mencionar que las empresas afiliadas se comprometen a participar en el programa Ciudadano de Oro por medio de un convenio que formaliza la relación entre ambas partes: CCSS y empresa.

- **Entrada gratuita a espectáculos públicos:** Los adultos mayores disponen de más tiempo para realizar múltiples actividades; sin embargo, en muchos casos carecen de recursos para asistir a actividades de esparcimiento y recreación.

Preocupados por esta situación, se coordinó con el Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes y con los clubes de fútbol de primera división y se logró el acceso gratuito o bien un descuento a los adultos mayores que asisten a los estadios, teatros, museos, parques y gimnasios en todo el territorio nacional. Esta prestación es muy importante por la apertura de espacios para la recreación y la salud mental del adulto mayor en familia o entre amigos.

- **Bolsa de empleo:** No cabe duda que la gran mayoría de los adultos mayores pueden contribuir con la sociedad en múltiples formas. El ofrecer opciones no solo beneficiaría a la sociedad, sino también a ellos como personas, pues ocuparían su tiempo en una actividad productiva.

Este beneficio busca alternativas de empleo para las personas mayores de 65 años, que quieran integrarse a la vida laboral. Mediante el programa, se ha creado una base de datos que incluye a todas las personas físicas o jurídicas que deseen generar algún tipo de trabajo para las personas mayores. Se administra información sobre su experiencia laboral, el tipo de actividad que les gustaría desarrollar y otros datos personales útiles para su ubicación en un trabajo determinado. El programa pretende servir como puente entre los intereses de los empresarios y los ciudadanos de oro.

- **Recreación y Salud:** Se enmarca en el contexto de la Seguridad Social como uno de los pilares de las acciones relacionadas con la promoción colectiva de la salud y el bienestar general. Este programa se orienta a estimular el interés por la adopción de un estilo de vida activo y a desarrollar la participación de la comunidad, mediante cursos específicos de acondicionamiento físico, recreación y orientación sobre hábitos para mejorar la salud.

Es importante destacar la participación ciudadana, pues corresponde a la comunidad facilitar las instalaciones donde se lleve a cabo. Actualmente este programa cuenta con 17 cursos desarrollados en las diferentes regiones del país y, debido a la gran acogida que ha tenido en las diferentes comunidades, para este año se abrirán 25 grupos más.

- **Cursos para Mejor Calidad de Vida:** El objetivo de este curso es brindar información

y capacitación a las personas mayores pensionados (as) de los distintos regímenes que administra la CCSS, otros regímenes de pensiones y no pensionados, mayores de 65 años. Se busca la interacción de grupos de adultos mayores, realimentación de experiencias de la vida cotidiana y capacitación en temas tales como relaciones interpersonales y autoestima, nutrición y osteoporosis; recreación, uso del tiempo libre y prevención de caídas; factores psicosociales en el envejecimiento.

- **Trabajo con grupos:** El apoyo a los grupos organizados de personas mayores, grupos de pensionados, asociaciones y hogares para ancianos, es fundamental para fortalecer las labores que realizan y lograr un impacto mayor de los beneficios que se ofrecen.

Por consiguiente, las acciones en este campo promueven la incorporación de los pensionados y ciudadanos de oro a grupos socio-productivos, educativos, recreativos y de trabajo voluntario, con el fin de vincularlos con posibles fuentes de recursos, servicios y oportunidades que les permitan ejecutar sus actividades y roles de la mejor manera posible, además de asesorar en temas varios, y motivar la creación de nuevos grupos que se constituyan en redes de apoyo para esta población.

Para lograr esto se tiene programado en el año 1998 ofrecer apoyo organizacional en temas varios a grupos de personas mayores mediante la ejecución de 80 asesorías. Asimismo se procurará facilitar la creación de grupos nuevos, para que se avance en la dotación de recursos sociales para esta población, para lo que se crearán 4 grupos nuevos que integren personas mayores.

- **Preparación para la Jubilación:** La jubilación es un derecho que adquiere toda persona después de un largo período de trabajo, implica también una serie de cambios individuales y colectivos como: ritmo de vida, actividades, amistades y relaciones interpersonales. Por consiguiente, la jubilación requiere ser prevista y tratada en forma individual y grupal. Es una fusión del ámbito familiar y comunal, razón por la que se ha desarrollado el Programa de Preparación para la Jubilación, el cual busca orientar a las personas próximas a jubilarse sobre aspectos relacionados con su condición económica, de salud, familiar, comunal y social en general
- **Programa de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor:** No obstante lo anterior, se considera fundamental la atención oportuna y de calidad de la población adulta mayor, con un enfoque de atención integral con oportunidad y buen trato. Por tanto, se requiere resolver en el corto plazo los problemas de acceso real a los servicios de salud de esta población. Las Gerencias de División: Médica, Administrativa y de Pensiones, conjuntamente, deben desarrollar un programa de atención integral.

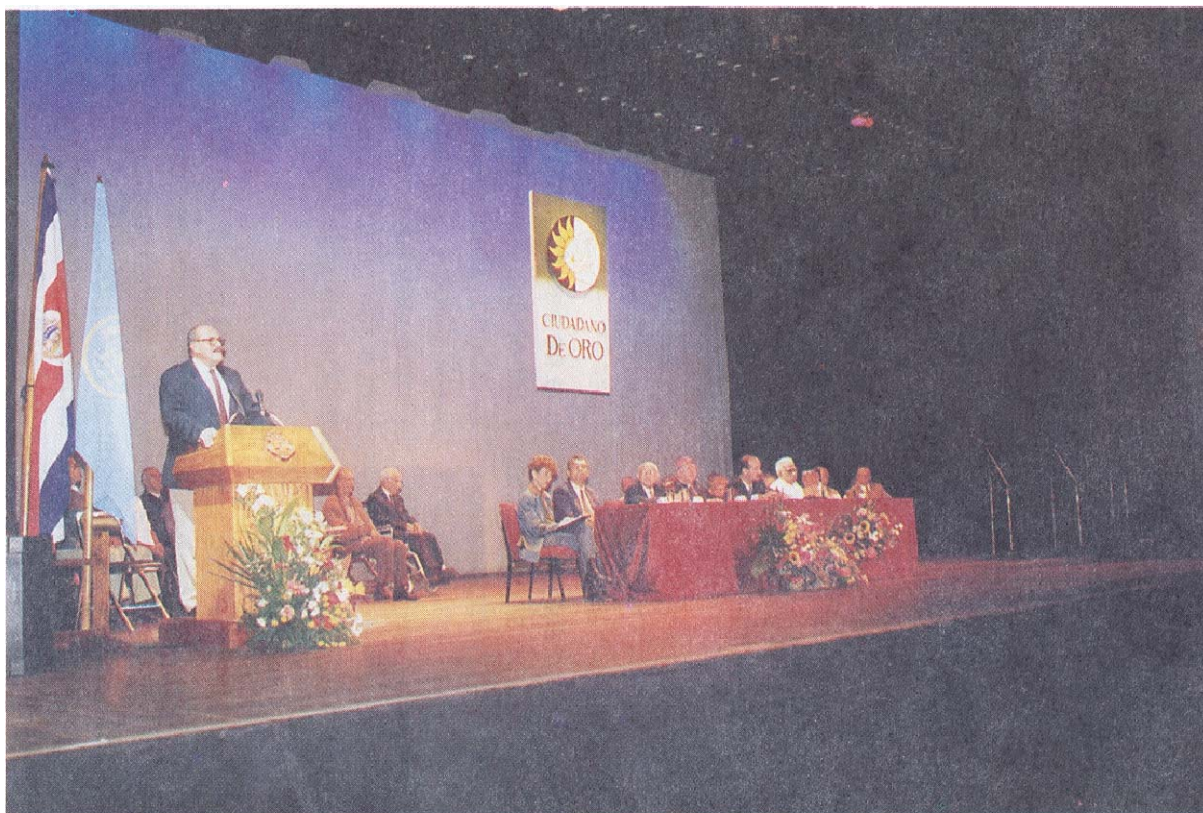
Dicho programa está dirigido a satisfacer las necesidades del adulto mayor, no sólo en el aspecto físico, sino incorporando los aspectos psíquicos, funcionales y sociales, pues se considera que las gestiones en estas áreas minimizan los factores de riesgo.

- **Estancias y Ayuda Social:** Se promueve el programa de estancias y asistencia social, mediante el cual se contratarán servicios para ubicar en albergues o centros especializados, a los pensionados o a los asegurados que se encuentren abandonados o desamparados, siempre que carezcan de recursos económicos. Para este propósito, la Junta Directiva aprobó en diciembre de 1997, el reglamento que regula los Convenios con Proveedores de Servicios Sociales, por medio del cual se establecen

CCSS, Presente y Futuro

los procedimientos para llevar a cabo eficientemente las contrataciones.

El objetivo general de este programa es atender, en forma integral, a la población beneficiaria del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, del Régimen No Contributivo de Pensiones y del Programa de Pensiones de Parálisis Cerebral Profunda, para resolver sus necesidades inmediatas. Se busca realizar acciones orientadas a la atención individual y grupal para propiciar el bienestar socio-económico de las personas. Se pretende para 1998 el desarrollo de 6 proyectos comunales específicos al mejoramiento de las condiciones socioeconómicas de los diferentes grupos.



Ciento ochenta mil costarricenses mayores de 65 años, disfrutan hoy de programas de descuentos en el comercio de todo el país, atención preferencial en instituciones públicas y cursos de recreación y salud, gracias al programa "Ciudadano de Oro", inaugurado por el Presidente Figueres Olsen, el 2 de julio de 1997.

5.6 FORTALECIMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN

La Gerencia de Pensiones revisa su estructura y trabaja en una reorganización, con el propósito de ajustarla a una reingeniería de procesos y a una adecuada separación de funciones en lo referente a servicios, prestaciones y finanzas. Paralelamente, se está realizando un estudio de su plantilla funcional, con el fin de adecuarla a los perfiles idóneos, de acuerdo con las necesidades actuales.

Se propone modernizar la estructura funcional y orgánica, para que apunte a sistemas planos y favorezca el desarrollo de la polifuncionalidad de los trabajadores. Asimismo, fortalecer la visión, misión, objetivos, valores y cultura organizacional e intensificar el trabajo. Prioritariamente con las jefaturas y otros niveles, de modo que sean verdaderamente conscientes de su importante papel como motivadores y propulsores del cambio organizacional.

5.6.1 Desarrollo del Personal

Las nuevas tendencias en el desarrollo de los recursos humanos, señalan la responsabilidad de las organizaciones de desarrollar el potencial de sus trabajadores, brindándoles capacitación, espacios de crecimiento, comunicación y posibilidades de formación, entre otros. Actualmente, la organización se encuentra en una etapa de transición transformando los antiguos paradigmas e incentivando a que las jefaturas, más que autoridades, sean líderes facilitadores, involucrados e identificados con su personal.

Para hacer posible la facultación del recurso humano y el logro de los objetivos propuestos hacia el cambio organizacional, la Gerencia cuenta con varios programas, enfocados al desarrollo de su personal, su motivación y satisfacción, con la finalidad de lograr una gestión ágil y eficiente, un trabajador contento, productivo y capaz de brindar la mejor atención al cliente. Dichos programas se refieren a Cultura Organizacional, Gestión, Desarrollo Humano, Capacitación y Comunicación.

El cambio de cultura organizacional se hace imprescindible para afrontar los retos y demandas actuales, impuestos por los procesos de globalización y competencia que ocurren en los ámbitos nacional e internacional. Además, el ritmo de avance debe ser veloz y las políticas institucionales deben renovarse constantemente, con el fin de evitar un rezago en la gestión.

5.6.2 Los Compromisos de Gestión

En aras de mejorar la calidad de los servicios que brinda a los asegurados y población pensionada del país y propiciar un mejoramiento de las unidades involucradas en la actividad de pensiones, se ha decidido, en coordinación con la Gerencia de División Financiera, establecer un proyecto de compromisos de gestión entre las Direcciones Regionales y Sucursales de la Gerencia División Financiera y Direcciones de la Gerencia de Pensiones, entes responsables de ejecutar el trámite de las pensiones y prestación de los beneficios sociales.

Actualmente, los trámites se realizan de forma desconcentrada, aprovechando la red de sucursales que posee la Institución, para lo cual el Seguro de IVM paga anualmente un costo de administración por los servicios prestados. Esta modalidad no premia ni propicia

CCSS, Presente y Futuro

que los trámites y servicios se den de una forma oportuna y de calidad y mucho menos, un mejoramiento continuo en la gestión, ya que aunque no se alcancen las metas o se obtengan resultados importantes en materia de cantidad de casos resueltos en el menor tiempo, siempre se trasladan los mismos fondos, por lo que no hay una relación directa entre gestión y pago de servicios.

Se enmarcan entonces los compromisos de gestión entre dos grandes variables, el servicio y su pago, todo alrededor de un sistema de evaluación de la actuación de las unidades que busca identificar el desempeño ante lo programado en los compromisos. Se definen entonces, como elementos de evaluación en estos compromisos, el tiempo de respuesta en los trámites, cantidad de casos resueltos, calidad en los servicios y la gestión de las prestaciones sociales.

5.6.3 Desarrollo Organizacional

Para mejorar el servicio a los asegurados y pensionados, hay que modificar el esquema de trabajo tradicional. La organización debe responder de forma inmediata a los cambios que nuestro cliente le imprime a la gestión de pensiones.

Ha iniciado un nuevo ciclo en la CCSS, la Plataforma de Servicios ha sido implementada en medio de mucha expectativa; los compañeros que se formaron y formarán para ello, poco a poco van tomando su lugar en la organización y ésta cambia sus viejas prácticas administrativas e inicia un proceso de simplificación de trámites para apoyar efectivamente a los funcionarios de servicio al cliente.

El objetivo del cambio es claro, ofrecer servicios oportunos y de calidad a nuestros asegurados, para lo cual es necesario continuar con nuestra agresiva política de disminución en los tiempos de respuesta, eliminar aquellas actividades que no agregan valor y desarrollar nuevas formas de organización.

5.6.4 Estrategia de Mercadeo

La Gerencia de Pensiones se ha propuesto brindar servicios óptimos a sus clientes, fortalecer y divulgar los programas de prestaciones, realizar y comunicar las mejoras tanto en el régimen de protección y financiamiento como en los procesos de trámite y pago. Asimismo, pretende alcanzar mayores niveles de aseguramiento en la población de trabajadores independientes y otros.

Nuestro cliente está informado permanentemente de los esfuerzos que realiza la Gerencia para mejorar las condiciones de atención que se le ofrecen y de los beneficios de que dispone por medio del Sistema de Pensiones, único en su género.

Esta labor de mercadeo, bajo la asesoría del grupo encargado, se realiza en forma conjunta con las Direcciones de la Gerencia, de manera que llegue a ser parte de la cultura organizacional y que todos colaboren en el mercadeo del Sistema, por medio de un trabajo diario realizado de la mejor forma posible.

Todo esto conduce a mejorar la imagen corporativa que proyecta la Gerencia, tanto hacia su público externo como interno, considerando que esa imagen sustenta las percepciones que tienen los clientes a partir de las experiencias que guardan de su trato con la

CCSS, Presente y Futuro

organización, sus funcionarios y con los servicios que se les ofrecen, asociado con valores como servicio, calidad, responsabilidad, confiabilidad, entre otros.

La Gerencia como respuesta a su obligación por ofrecer seguridad a aquellos grupos laborales más desprotegidos, ha creado convenios especiales de afiliación, como por ejemplo los dirigidos al pequeño agricultor y al sector pesquero. Se planifica, por lo tanto, un esfuerzo mercadológico específico para estos grupos prioritarios, a través de contactos personalizados y mensajes claros y directos.

De esta manera, pretendemos fortalecer los puntos de enlace entre los clientes, los funcionarios y la Gerencia, para cumplir exitosamente con el objetivo: "un mejor servicio al cliente".

Capítulo VI

6. MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN

La calidad como una estrategia de gestión dentro de la CCSS, es entendida como un proceso sistémico, permanente y de mejoramiento continuo, que involucra a toda la organización en la búsqueda y aplicación de formas de trabajo creativas e innovadoras, de alto valor agregado, que superen las necesidades y expectativas del cliente y la comunidad en cuanto a: la cobertura, la oportunidad y el impacto de los servicios de salud y pensiones, programas fundamentales de la seguridad social costarricense.

La pregunta que se plantea frecuentemente en las empresas e instituciones sometidas al rigor del cambio es ¿Cuáles son las acciones básicas de una empresa que pretende aprovechar los efectos del cambio? Si bien no existe una respuesta definitiva, sobre las características fundamentales de la "empresa del futuro", algunas acciones estratégicas son:

- Apoyarse en la investigación a fin de visualizar y anticipar el cambio
- Promover la administración y gestión de servicios dentro del enfoque humanístico, donde la razón de ser son las personas.
- Orientar la organización en función de los procesos de calidad, es decir, de las actividades requeridas para generar productos y servicios específicos para los clientes. Se utilizará más la figura de proyecto y los equipos de trabajo de vida finita.
- Emplear la figura de equipo y menos niveles jerárquicos, para obtener organizaciones más planas y funcionales, dirigidas al cliente.
- Premiar los buenos resultados, los productos concretos y dirigir las mejoras e incentivos a la productividad más que a la antigüedad.
- Concentrar su atención en las áreas sustantivas y en los procesos centrales, razón de ser de la organización y así externalizar los servicios de apoyo que se puedan contratar.

Las empresas e instituciones del futuro estarán entonces organizadas por procesos, serán más planas, gerenciarán el desempeño permanente, desplazarán el control por el compromiso y administrarán su cultura organizacional centrándose en el cliente.

6.1 ENFOQUE DE CALIDAD

A finales de 1996, la Junta Directiva de la CCSS, aprobó el Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad, cuyo propósito principal es iniciar el proceso de mejoramiento de la calidad en todos los servicios que brinda la Institución.

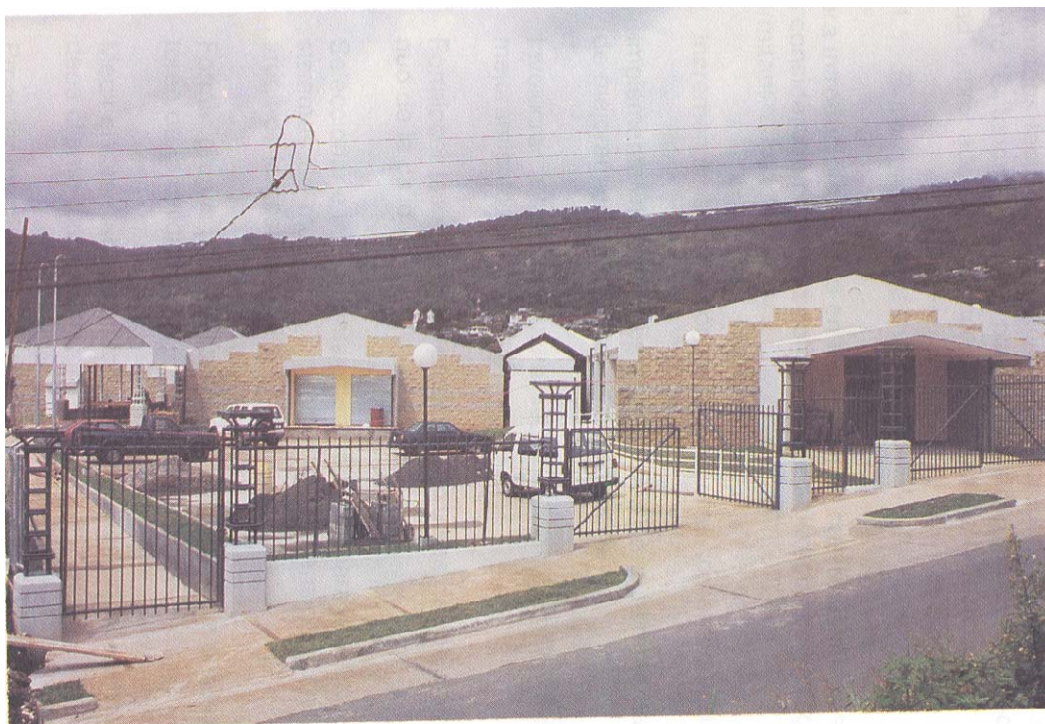
Dentro de dicho programa se incluyen las políticas que promueve la Institución en materia de calidad. En este contexto, cada unidad proveedora deberá establecer sus políticas particulares al respecto y deberá estar dirigida hacia el cumplimiento de los siguientes cometidos.

CCSS, Presente y Futuro

- Satisfacer y superar las necesidades y expectativas de los clientes, con el enfoque de atención integral en salud y pensiones.
- Desarrollar estrategias que permitan hacer de la calidad una cultura para todos los funcionarios y todos los niveles, para garantizar la calidad científico técnica de los servicios que brindan.
- Desarrollar un proceso de mejoramiento continuo de la calidad, con la participación de funcionarios de todos los niveles, de la comunidad y de otros actores sociales que se considere necesario involucrar para aprovechar las oportunidades de mejora, definición de sistemas de autoevaluación y propuestas de solución a problemas.
- Desarrollar sistemas de información, que permitan evaluar la calidad de los servicios que se brindan a los clientes.



La construcción de 24 clínicas en la Región Atlántica, convirtió a Limón en una de las provincias con mayor inversión en infraestructura sanitaria en el cuatrienio 1994-1998. La foto corresponde a la Clínica Pablo Presbere en Valle de la Estrella.



La primera clínica totalmente automatizada en el país, fue inaugurada en setiembre de 1996. Esta unidad tuvo un costo superior a los 160 millones de colones y actualmente brinda servicios de salud a más de cien mil aserriceños.

Por otra parte, cada unidad proveedora de servicios deberá establecer sus propios indicadores básicos de calidad, con base en el modelo de excelencia adoptado por la CCSS. Para este propósito, se deberán utilizar los criterios generales para la construcción de dichos indicadores denominados factores facilitadores de la calidad, contenidos en el documento "Criterios Generales para la Construcción de Indicadores de Calidad", aprobado por el Consejo Gerencial de la Institución.

6.1.1 Estrategias

Para introducir la calidad en los procesos que realiza la Institución, se ha considerado prioritario poner en operación planes y programas que permitan:

- Incrementar la formación de facilitadores con enfoque de calidad.
- Implementar mecanismos e Incentivos para incrementar proyectos de mejoramiento de procesos en áreas claves.
- Involucrar a las áreas administrativo-financieras en el proceso de mejoramiento de la calidad
- Fortalecer los equipos y procesos actuales de mejoramiento continuo de la calidad.
- Seleccionar e implementar metodologías para diseñar estándares y sistemas de

CCSS, Presente y Futuro

monitoreo en todas las dimensiones de la calidad y áreas de la gestión.

- Formar grupos para el diseño e Implantación de sistemas de monitoreo de la calidad.
- Medir el clima laboral en forma sistemática en toda la Institución (cadena cliente-proveedor).
- Propiciar mecanismos para el análisis y discusión de los resultados de la medición del clima entre los proveedores de servicio y niveles gerenciales.
- Implementar estrategias de desarrollo organizacional para fortalecer el liderazgo hacia la calidad, trabajo en equipo. motivación, satisfacción y compromiso del cliente Interno.
- Institucionalizar el análisis cualitativo del cliente y sus niveles de satisfacción.
- Diseñar criterios y mecanismos que fomenten la relación entre proveedores y compradores del sistema. para consolidar la relación socio comercial en función de la calidad.

A partir de 1998, como resultado de la aplicación de las medidas antes indicadas, se han logrado importantes frutos en la estrategia de la calidad de servicios, entre ellos se puede citar:

- Formación de la Comisión Técnica de Calidad, que asesora a las gerencias con visión corporativa del enfoque de calidad.
- Identificación de coordinadores regionales de calidad que fungen como facilitadores en la capacitación en cascada de proyectos de calidad.
- Capacitación de personas de diferentes áreas en el enfoque de calidad.
- Elaboración de políticas de calidad, en conjunto con las gerencias y divulgación a través de talleres regionales.
- Diseño y ejecución del módulo de auto aprendizaje en conjunto con la OPS⁴² y el Ministerio de Salud, para capacitación sobre calidad a equipos multidisciplinares.
- Establecimiento de criterios generales para la construcción de indicadores de calidad.
- Instauración del Premio Nacional de Calidad.
- Realización de un foro nacional de la calidad con participación comunitaria.
- Ejecución en todo el país de 80 proyectos en busca de calidad de los procesos.
- Establecimientos en conjunto con la BINASSS⁴³, de un espacio exclusivo para los

⁴² OPS: Organización Panamericana de la Salud.

⁴³ BINASSS: Biblioteca Nacional del Salud y de Seguridad Social.

CCSS, Presente y Futuro

proyectos de calidad.



Los vecinos de Matina, en la Provincia de Limón, se benefician hoy con esta moderna y amplia clínica. De 1994 a 1998, esta Provincia recibió una inversión en salud de más de 2.400 millones de colones.

CCSS, Presente y Futuro

6.1.2 Perspectivas y Retos

La estrategia de calidad en la CCSS, se dirige hacia el establecimiento de la cultura de calidad institucional, con énfasis en el servicio y la satisfacción del cliente. Para este propósito se promoverá la calidad como:

- Un elemento primordial en la prestación de servicios.
- Un proceso de mejoramiento continuo, sustentado bajo un enfoque participativo de planeación estratégica.
- Un enfoque a todas las acciones de la gestión de la salud y de pensiones.
- Superación de las expectativas de nuestros clientes y comunidades.
- Un apoyo del proceso de descentralización.
- Una práctica cotidiana de cultura organizacional.
- Orientador de la gestión hacia estructuras planas, por procesos y productos en función del servicio al cliente, en una plataforma tecnológica apropiada.
- Móvil del desarrollo del capital humano.
- Un apoyo a la solidez financiera para garantizar la sostenibilidad del sistema, mediante la racionalidad en el uso de los recursos.

6.2 IMAGEN CORPORATIVA

La percepción que mediante diversos medios, experiencias y circunstancias, una colectividad humana tiene de una empresa determinada, está asociada a cualidades como la calidad del producto, seriedad profesional, servicio, cumplimiento y confiabilidad, entre otros.

La imagen corporativa se construye sobre la base de las experiencias que un cliente tiene con la organización, esto significa que esa percepción puede modificarse o alterarse, por lo cual se requiere un monitoreo constante de las condiciones de entrega de los servicios y sobre las posibilidades de satisfacción al cliente en el mercado externo o interno.

En lo que respecta a la CCSS, los productos son servicios en pensiones y salud. La excelencia en el servicio, según los especialistas, se logra cuando se tiene: una estrategia de organización dirigida al cliente, adecuados sistemas, personal comprometido con la calidad y una disposición a dar lo mejor a los clientes. Para esto, se requiere una imagen corporativa, con cultura de calidad y de servicio, porque importan los clientes como personas individuales y porque interesa la empresa y lo que piensen de ella.

El cliente es quien utiliza el servicio y por ello condiciona la vida de la organización. La buena atención da como resultado la satisfacción, en tanto una mala experiencia, incide

CCSS, Presente y Futuro

directamente de manera negativa en la percepción.

De acuerdo con un análisis efectuado para determinar las necesidades de capacitación en comunicación y relaciones públicas en los centros pilotos del proyecto de modernización, se detectaron aspectos que inciden en el ambiente laboral y por lo tanto, repercuten de manera directa en la imagen corporativa. Entre los elementos detectados se encuentran: deficiencias en la comunicación entre el personal, la tendencia hacia el trabajo individualizado, las malas relaciones interpersonales, la desmotivación, el recargo de funciones, la falta de incentivos y los problemas de interacción con la jefatura.

No obstante, en el ámbito externo, un estudio de opinión de los servicios de salud, califica a la Institución con una nota promedio de 8.2 en una escala de 1 a 10. El servicio con mayor puntaje es el de hospitalización con un 8.6, mientras que los de apoyo, recibieron la puntuación más baja, 7.9.

Estos resultados, sumados a las constantes críticas y quejas publicadas en los medios de comunicación social, contribuyen a la formación de la imagen institucional, lo que amerita rediseñar la estrategia de sensibilización al interior de los medios y de capacitación sobre servicio al cliente de los propios funcionarios.

La conformación de la Imagen corporativa y la comunicación, juegan un papel determinante, por lo que es prioritario definir una estrategia de comunicación proactiva y realizar un estudio que sistematice los flujos de información en los ámbitos interno y externo, con el fin de establecer mecanismos que posibiliten el monitoreo constante y las acciones correctivas, para la adecuada interacción con los diferentes públicos.

En lo referente a la credibilidad, es indispensable que los directores de hospitales, clínicas y sucursales mayores, asuman un rol gerencial dirigido al cliente, ampliando los espacios de participación social y ciudadana, para la mejora de los servicios.

6.3 SEPARACIÓN DE FUNCIONES

Para consolidar la administración de los Seguros Sociales, se promueve una estrategia de rediseño organizacional que contempla los siguientes aspectos: la descentralización y aumento de la capacidad local de gestión, la externalización de actividades el fortalecimiento de la administración de los Seguros de Salud y de Pensiones y la separación de funciones.

Mediante acuerdo de la Junta Directiva se establecen en 1997, los principios orientadores del rediseño organizacional entre los cuales se encuentran:

- La CCSS seguirá siendo la organización encargada de la administración y gobierno de los Seguros de Salud y de Pensiones.
- La separación de las funciones de financiamiento, de planificación y compra, así como de provisión de servicios de salud, es fundamental y prioritaria.
- La relación entre la financiación, compra y provisión se basa en el cumplimiento de compromisos de gestión y la estructura de los beneficios en cada seguro.

CCSS, Presente y Futuro

- Capacitación de las unidades para que asuman su gestión con autoridad y responsabilidad, en un proceso de descentralización.
- Desarrollo de una organización orientada a resultados y a la satisfacción del cliente.
- Participación de los trabajadores de la CCSS en el proceso de cambio.

Con este esquema, se evoluciona hacia una mayor eficacia de la gerencia y sirve de puente para que a mediano plazo evolucione hacia una estructura descentralizada y orientada a los resultados.

La estrategia global para lograr la separación de funciones de financiamiento, planificación-compra y provisión se debe dar por medio de la reorganización de las actuales Gerencias de División Financiera, Administrativa, Médica, Operaciones y Pensiones. Se enmarca en un proceso de desarrollo institucional, que reconoce las diferencias fundamentales en el Seguro de Salud y el de Pensiones, en cuanto a la separación de la provisión y compra. Los retos planteados para cada uno de los niveles de gestión, se detallan en los apartados siguientes.

6.3.1 Nivel Central

- Elaboración del Reglamento de Funciones de cada Gerencia, con un enfoque Corporativo y la aplicación de los principios orientadores del diseño organizacional.
- Diseño de la estructura organizacional como fiel sustento de la visión, misión, objetivos institucionales y funciones definidas para los diferentes sistemas organizacionales. La prioridad se centrará en aquellas unidades de trabajo que permitan la aplicación de los compromisos de gestión.
- Diseño y ejecución del plan de capacitación para los funcionarios involucrados en el proceso de cambio, que contribuya a lograr mayor eficiencia y eficacia en la gestión respectiva.
- Elaboración y ejecución de un plan de comunicación y sensibilización que establezca las directrices de trabajo orientadas al proceso de cambio, con el fin de facilitar el desarrollo del proceso.

6.3.2 Nivel Regional

- Redefinición del rol de las actuales Direcciones Regionales Médicas y de Sucursales contemplando la separación de funciones en referencia.
- Capacitación del personal involucrado en concordancia con las nuevas funciones a ejecutar.
- Diseño e implantación de la nueva estructura organizacional.

CCSS, Presente y Futuro

6.3.3 Nivel Local

- Aprobación oficial de cada una de las estructuras organizacionales de las áreas de salud en función y concordancia con los prototipos básicos de organización que se han diseñado y que se encuentran en proceso de validación oficial.
- Capacitación del personal administrativo de las áreas de salud, en la ejecución de las acciones prioritarias y las nuevas funciones a desarrollar como soporte al funcionamiento de la red de servicios.
- Redefinición del rol de las sucursales.

6.4 DESARROLLO DEL CAPITAL HUMANO

Las grandes transformaciones que se están operando en la estructura y funcionamiento de la seguridad social en el campo del financiamiento, la administración de las pensiones y la provisión de los servicios de salud, están produciendo nuevos escenarios, nuevos actores y nuevos retos.

Desde esta perspectiva, el desarrollo de los recursos humanos resulta indispensable para conducir y realizar dicho proceso de transformación, no sólo mediante los procesos de sensibilización para el cambio, sino también, preparando los cuadros directivos quienes se desempeñarán como líderes transformacionales y protagonistas de la nueva dinámica institucional.

En este nuevo orden, se hace ineludible un cambio de paradigma en la cultura y metodología para gerenciar los procesos de capacitación y formación, puesto que, deben tomar como eje educativo el propio proceso de trabajo. Dicho de otra manera, el conocimiento, las destrezas y las actitudes no se reciben por mera tolerancia; por el contrario, se construyen mediante la acción, partiendo de lo conocido, se logra aprender haciendo y con ello emprender los nuevos retos. En síntesis, el aprendizaje es un proceso social y sólo adquiere sentido cuando le corresponde a una realidad en el proceso de trabajo, identificado por la persona y por el equipo de trabajo.

Este nuevo paradigma del proceso educativo, inserto en el propio escenario de los procesos de trabajo, con la participación proactiva de los colaboradores de la institución, será la base fundamental para conducir y realizar el cambio planteado. En este contexto de transformación institucional, los trabajadores deben comprender que todo proceso de cambio confiere sentido a su aporte personal y colectivo, y que este ofrece la posibilidad de desarrollar nuevos esquemas de trabajo y definir estrategias creativas que les permita aplicar su talento y experiencias.

6.5.1 Estrategia de Desarrollo

Para desarrollar los procesos educativos en el campo de la capacitación y formación de los recursos humanos, se deben utilizar diferentes estrategias metodológicas innovadoras, que privilegien los procesos de trabajo y, sobretudo, que propicien la resolución de problemas prácticos.

CCSS, Presente y Futuro

Para lograr este cometido, la Institución puede hacerla mediante el apoyo hacia lo interno o con participación de las ofertas públicas y privadas. El primer caso se refiere a potenciar e irradiar hacia toda la institución las ricas y variadas experiencias de los trabajadores, tal es el caso de los hospitales y áreas de salud que han participado en los compromisos de gestión y que sus resultados han sido satisfactorios. En este sentido, estos hospitales y áreas de salud pueden ofrecer pasantías cortas a los equipos de trabajo que integren los hospitales o áreas de salud que están iniciando o que en el corto plazo deben iniciar el proceso.

Para el segundo caso, referido a la participación de las diferentes ofertas públicas o privadas, ya sean personas físicas o jurídicas se deben hacer mediante el establecimiento de convenios o compra de servicios, para lo cual será necesario contar con el diagnóstico de necesidades de capacitación y formación técnicamente elaborado.



La firma de los compromisos de gestión suscritos entre jefes de la CCSS y los hospitales y áreas de salud, constituyó un paso fundamental en el proceso de descentralización de los Centros Médicos..

6.5.2 Papel del CENDEISSS

Es necesario que la Institución legitime el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social, (CENDEISSS), como el ente rector y conductor de los procesos educativos para el desarrollo de los recursos humanos, mediante su regulación y desconcentración. En este sentido, el ente rector debe definir lineamientos y estrategias para que el nivel local, regional y central sean gestores, actores directos y administradores de sus propios procesos de capacitación y formación. En primera instancia deben resolver los problemas con sus propios recursos, de lo contrario deben formular proyectos educativos para que sea, financiados por el ente rector, asumiendo contrapartidas, como en el caso de la lógica planteada por el Fondo Concursable.

Se debe establecer un sistema de acreditación de programas y actividades educativas de capacitación tanto para las generadas por las propias unidades de trabajo de la Institución, como para las ofertadas por las personas físicas y jurídicas, sean éstas públicas o privadas. El propósito es determinar su calidad, mediante la evaluación previa de los aspectos considerados y sus respectivos criterios e indicadores de calidad y eficiencia.

Esta lógica permitirá generar el mejoramiento de la calidad de los programas y actividades educativas de capacitación e incentivar la verificación del cumplimiento de la misión y los objetivos de las unidades programáticas de la Institución. Asimismo, desarrollar una cultura de evaluación permanente de los procesos educativos, para la mejora continua de los programas y, sobre todo, desarrollar una cultura de excelencia en la gestión de compra de servicios educativos.

De esta manera, las unidades programáticas, partiendo de sus necesidades educativas, deben formular sus planes y programas de capacitación y formación de los recursos humanos, los cuales pueden ser financiados con recursos propios o compartidos con el ente rector. Para este fin, podrán recurrir a la base de datos de los programas y actividades educativas acreditadas, para proceder a la compra del servicio educativo, siguiendo lo establecido por el ente rector, la Ley de Contratación Administrativa, su reglamento y las disposiciones atinentes emitidas por la institución.

6.5.3 Gestión de Recursos Humanos

Las nuevas tendencias en cuanto a la administración de recursos humanos, imponen la necesidad de formar líderes, personas con visión, capaces de realizar las transformaciones y cambios necesarios para el mejoramiento de la prestación de servicios

Hoy más que nunca, el país y la Institución requieren de personas mejor informadas, conocedoras de su medio social y de la realidad interactuante en su lugar de trabajo. Es por esto, que se hace imprescindible identificar los elementos clave e incrementar las potencialidades y habilidades de las jefaturas Institucionales para conducir el proceso de cambio.

Los cambios que se están realizando y que se esperan desarrollar para adecuar el aparato estatal a las demandas de la población costarricense, en los campos de salud y pensiones, exigen que las jefaturas administradoras de recursos humanos desarrollen un estilo gerencial que facilite asimile y transmita a sus colaboradores la filosofía y mecanismos de transformación en función de los clientes.

CCSS, Presente y Futuro

En resumen, es necesario poner en ejecución programas continuos sobre gestión de recursos humanos: cultura organizacional, valores, clima laboral y calidad del servicio al usuario. Asimismo, dotar a las jefaturas de herramientas técnicas que les permita abordar con mayor éxito sus funciones; en el campo de la administración, del mejoramiento de la cultura, clima organizacional y del desarrollo integral del trabajador en sus funciones de dirección y coordinación de equipos de trabajo.

Anexos

ANEXO No. 1

**PROYECTO: REFORMA A LOS ARTICULOS
3,6,44,45,46,47,48,49,51,53,55, v74
DE LA LEY NQ 17 DEL 22 DE OCTUBRE DE 1943,
LEY CONSTITUTIVA DE LA CAJA COSTARRICFENSE
DE SEGURO SOCIAL**

Asamblea Legislativa

Durante los años setenta, la Caja Costarricense de Seguro Social inició un proceso de universalización de los seguros sociales, respondiendo de esta forma a su obligación constitucional de llevar la protección ante contingencias de la salud y económicas a toda la población nacional.

No obstante, la extensión de los servicios de salud en pro de la universalidad no fue acompañado de un proceso simultáneo de aumento en la cobertura contributiva. El seguro social continuó siendo obligatorio únicamente para los trabajadores asalariados, quedando al margen de una participación efectiva en su financiamiento otros ciudadanos que cuentan con capacidad económica para tales fines.

Como consecuencia de lo anterior, se evidencia la falta de paralelismo entre el compromiso contributivo de algunos grupos y su relativo oportunismo en el acceso a los servicios, lo cual ha originado un problema de falta de solidaridad. Así, por ejemplo, ciertos tipos de servicios de salud, especialmente del nivel especializado, son utilizados en condiciones económicas más ventajosas por personas que no contribuyen regularmente a través de cuotas, pero que tienen la posibilidad de ingresar al Seguro de Salud, aún después de ocurrido el riesgo.

En cuanto al Seguro de Pensiones (IVM), desde la década de los ochenta el nivel de cobertura se ha mantenido cercano al 50% de la fuerza de trabajo, con tendencia a disminuir a partir de los años noventa. Esto constituye uno de los grandes problemas en materia de Seguridad Social, pues a futuro, la población actualmente no cubierta por el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte requerirá protección por parte del Régimen No Contributivo con financiamiento a cargo del Estado, lo cual ejercerá una fuerte presión sobre las finanzas públicas.

Junto a la falta de paralelismo entre el acceso universal a los servicios y la contribución de grupos generadores de riqueza, distintos a los trabajadores asalariados, la evasión de las contribuciones y la morosidad patronal, han debilitado sensiblemente las finanzas institucionales y, consecuentemente, sus posibilidades de llevar a cabo de manera adecuada el cometido de protección a toda la población en condiciones de eficiencia, eficacia y oportunidad.

En Salud, la evasión de relativa total respecto a los ingresos reglamentarios por contribuciones se estima en 23%, mientras que en el Seguro de pensiones se estima en 32%, aproximadamente. Por otro lado, la morosidad como porcentaje de cuotas pasó de

2,8% en 1995 a 7% en 1997, cifras que reflejan un acrecentamiento del problema.

Las soluciones efectivas para revertir esta situación, encuentran una barrera infranqueable en el marco jurídico regulador de las acciones de la Caja, motivo por el cual, la reforma de la Ley Constitutiva se convierte no sólo en una necesidad, sino que además en el medio más eficaz para ampliar los ámbitos de acción en materia de control contributivo, inspección y capacidad compulsiva de la institución.

PROBLEMÁTICA JURIDICA

Los Seguros Sociales están establecidos en beneficios de los trabajadores costarricenses, según lo establece el artículo 73 de la Constitución Política. Asimismo, como administradora de los Seguros Sociales, la Caja está facultada para actuar en representación de los intereses de los trabajadores en materia de protección social, derechos que por mandato constitucional (artículo 74) son irrenunciables.

No obstante lo anterior, a través de los años se han producido cambios en la legislación costarricense, que han ido reduciendo el ámbito de acción que posee la Caja para lograr el cumplimiento de las normas constitucionales y legales sobre el Derecho de la Seguridad Social.

En particular, la Caja paulatinamente vio reducida su capacidad contralora y compulsiva ante las personas físicas y jurídicas que actúan al margen de la Seguridad Social y del país. Al respecto, destacan los siguientes hechos:

- a. Las sanciones económicas en caso de evasión y morosidad. resultan a todas luces obsoletas: actualmente, los montos de las multas y otras sanciones. son irrisorias. Por ejemplo, el artículo 44 de la Ley Constitutiva establece una multa de 20 a 360 colones en casos de no empadronamiento de los trabajadores. '
- b. Al declararse inconstitucional el apremio corporal, la institución perdió uno de los instrumentos más importantes para garantizar la recuperación de cuotas adeudadas.
- c. La Ley de Justicia Tributaria estableció fuertes sanciones, tanto de tipo administrativo como penales. a quienes incurran en el delito de defraudación fiscal. Dado que la Caja no cuenta con un instrumento similar. quedó en desventaja. pues los empleadores prefieren evadir a la Caja y no a la Tributación, dado que en el primer caso, las consecuencias económicas y penales son mínimas.
- d. En los últimos años. se ha producido una proliferación de nuevas formas de contratación que buscan esconder la relación laboral, lo cual demanda la introducción de instrumentos jurídicos eficaces para aplicar en estas circunstancias.

PROPUESTA

Las reformas legales propuestas tienen como objetivo general promover una mayor cobertura de la Seguridad Social y garantizar el financiamiento de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el marco de los principios de la Seguridad Social.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Hacer extensiva la obligatoriedad de los seguros sociales a los trabajadores por cuenta propia o auto empleados. La Junta Directiva de la Caja reglamentaría las condiciones en que se haría extensiva la protección a los grupos aún no cubiertos, en función de las posibilidades contributivas de las diferentes categorías de trabajadores.
- Actualizar las sanciones aplicables a los patronos y trabajadores que dolosamente incurran en situaciones de evasión, oculten o falseen información, o incurran en otro tipo de faltas.
- Sentar las bases legales para agilizar los procesos de cobro administrativo y judicial, a través de la introducción de instrumentos que garanticen eficacia y oportunidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Mediante las reformas propuestas, se esperan los siguientes resultados:

- Mayor cobertura de la población trabajadora (asalariada y no asalariada). con el fin de procurar la mayor equidad posible en cuanto a derechos y responsabilidades en el financiamiento de los programas.
- Financiamiento adicional para apoyar el proceso de universalización de los servicios de salud en el nivel primario (salud comunitaria, prevención, promoción, etc.), garantizando el acceso a la salud a toda la población.
- Mejoramiento en la calidad y oportunidad de los servicios de salud, y de las pensiones.
- Eliminación de distorsiones en la competitividad, entre las empresas que actualmente evaden o son morosas y las que sí cumplen con sus obligaciones legales.

A fin de dotar a la Caja Costarricense de Seguro Social de instrumentos más efectivos para cumplir sus cometidos constitucionales y legales, sometemos a la consideración de los señores diputados el siguiente proyecto de ley.

**ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA DECRETA:
REFORMA A LOS ARTICULOS 3,6,44,45,46,47,48,49,51,53,55 y 74 DE LA LEY No 17
DEL 22 DE OCTUBRE DE 1943, LEY CONSTITUTIVA DE LA CAJA COSTARRICENSE
DE SEGURO SOCIAL**

ARTICULO 1.

Modifíquese el artículo 3 de la ley No 17 del 22 de octubre de 1943 y sus reformas, " Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social " para que en lo sucesivo se lea así:

"Artículo 3.-

El ingreso a los Seguros Sociales es obligatorio para todo trabajador que participe en los procesos de producción de riqueza, ya sea bajo una relación laboral o actuando en forma independiente.

El monto de las cuotas que por esta ley se deben pagar, se calculará sobre el total de las remuneraciones que bajo cualquier denominación se paguen con motivo o derivadas de la relación obrero - patronal. En ningún caso podrán existir aportes menores a los derivados del salario mínimo correspondiente a la jornada laboral. Para los trabajadores independientes o auto empleados, las cuotas se calcularán sobre el ingreso real percibido por los servicios prestados y si éste no pudiere determinarse, se hará sobre un ingreso presuntivo.

La Junta Directiva determinará reglamentariamente los requisitos de Ingreso a cada régimen de protección, así como los beneficios y condiciones en que estos se otorgarán. Asimismo establecerá los planes de extensión de la obligatoriedad, a los trabajadores independientes o auto empleados, para cada tipo de seguro, de acuerdo con las posibilidades institucionales y la capacidad contributiva de los diferentes sectores".

ARTICULO 2.

Modifíquese el artículo 6 de la Ley No 17 del 22 de octubre de 1943 y sus reformas, "Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social", para que en el sucesivo se lea así:

"Artículo 6.-

La Caja será dirigida por una Junta Directiva, integrada en la siguiente forma:

1. Un presidente ejecutivo de reconocida experiencia y conocimientos en el campo correspondiente a la institución, designado libremente por el Consejo de Gobierno. Su gestión se regirá por las siguientes normas:

CCSS, Presente y Futuro

- a. Será el funcionario de mayor jerarquía para efectos del gobierno de la Institución, cuya Junta Directiva presidirá. Le corresponderá fundamentalmente velar porque se ejecuten las decisiones tomadas por la Junta Directiva, así como coordinar internamente la acción de la institución, y la de ésta con las demás instituciones del Estado. Asimismo, asumirá las demás funciones que por ley le están reservadas al Presidente de la Junta Directiva y las otras que les asigne la propia Junta.
 - b. Será un funcionario de tiempo completo y dedicación exclusiva: consecuentemente no podrá desempeñar otro cargo público ni ejercer profesiones liberales.
 - c. Podrá ser removido libremente por el Consejo de Gobierno, en cuyo caso tendrá derecho a la indemnización laboral que le corresponda por el tiempo servido en el cargo. Para determinar esa indemnización, se seguirán las reglas fijadas en los artículos 28 y 29 del Código de Trabajo, con las limitaciones en cuanto al monto que esos artículos determinan.
 - d. Tendrá la representación de la Institución, con facultades de apoderado generalísimo sin limitación de suma. No será necesaria la inscripción de su personería en el Registro Público y bastará únicamente la publicación del acuerdo de nombramiento en "La Gaceta".
2. Ocho personas de máxima honorabilidad, de nombramiento del Consejo de Gobierno, de acuerdo con las siguientes normas:
- a. Dos miembros en representación del Estado, de libre nombramiento, quienes no podrán ser ministros de Estado, o sus delegados.
 - b. Tres miembros en representación del sector patronal y tres miembros en representación del sector laboral. La escogencia y la designación a que se refiere el inciso anterior se hará en la siguiente forma:
 - Los representantes del sector patronal serán escogidos de listas de tres personas que presentarán al Consejo de Gobierno, las cámaras patronales por medio de la Unión de Cámaras.
 - Los representantes del sector laboral serán escogidos de listas de tres personas, que presentarán al Consejo de Gobierno las confederaciones sindicales, mayoristas del país, las cooperativas - por medio del Consejo Nacional de Cooperativas - y el movimiento solidarista.
 - El Consejo de Gobierno escogerá un representante de cada uno de los sectores indicados.
 - c. El Poder Ejecutivo no tendrá facultad para rechazar las listas de candidatos que se le presenten.
 - d. Las entidades que tienen derecho a participar en la elaboración y remisión de

las listas de candidatos, deberán estar legal y correctamente inscritas y constituidas, según el caso, por lo menos con dos años de antigüedad."

ARTICULO 3.

Modifíquese el artículo 44 de la Ley No 17 del 22 de octubre de 1943 y sus reformas, "Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social", para que en lo sucesivo se lea así:

"Artículo 44.-

En el caso de patronos que están iniciando su actividad, será sancionado con multa equivalente al cinco por ciento del total de los salarios y remuneraciones omitidos, quien no haya procedido al reporte de sus trabajadores ante el órgano competente de la Caja, dentro de los ocho días hábiles siguientes al inicio de dicha actividad o bien dentro de los ocho días siguientes a la fecha de adquisición del negocio, empresa u organización.

Será sancionado con multa de tres salarios base quien:

- a. Con el objeto de cubrir a costa de sus trabajadores la cuota que como patrono debe satisfacer, les rebaje a aquellos sus salarios.
- b. No acate las instrucciones de los inspectores de la Caja dadas dentro de la órbita de sus atribuciones legales.
- c. No deduzca la cuota obrera que establece el artículo 30 de esta ley.
- d. No cancele, dentro del término que al efecto le concede la Caja, el monto de las prestaciones que ésta le hubiere satisfecho Sin causa a sus trabajadores por omisiones no intencionales imputables a él, sus administradores, o encargados. La Caja no otorgará ninguna prestación cuando no se hayan cumplido los requisitos legales o reglamentarios exigidos.

Será sancionado con multa de cinco salarios base quien:

- a. No reporte a sus nuevos trabajadores en la planilla del mes correspondiente a aquel en que ingresen a su servicio, cuando la empresa, negocio, explotación u organización se encontrase empadronada.
- b. Deje de incluir, en las planillas respectivas, alguno o algunos de sus trabajadores o que incurra en inexactitudes en cuanto al monto de sus salarios, días trabajados o cualesquiera otros datos de los que debe suministrar en las mismas. Esta sanción será aplicada cuando se detecte conducta reiterativa, entendiéndose por tal la ocurrencia del mismo error en más de dos planillas en un período de un año.

La aplicación de estas sanciones es independiente del pago de los recargos e intereses que se estipulan en el artículo 49 de la presente ley.

En relación con los incisos anteriores, es entendido que los patronos responderán

CCSS, Presente y Futuro

íntegramente por todas las prestaciones que esta Ley otorga a los asegurados de la Institución, tanto si no han asegurado a sus trabajadores como si éstos no han completado los plazos de espera o del monto de cotización reglamentarios por morosidad patronal. En el primer caso, sea en el de no aseguramiento o demora en el pago, compete a los trabajadores el ejercicio de sus derechos ante los organismos administrativos correspondientes o ante los Tribunales de Trabajo.

Cuando la Caja, inducida a error por el patrono, otorgue prestaciones a trabajadores que no hayan cumplido los plazos de espera o que no sean asegurados activos, ejercitará la correspondiente acción de cobro contra el patrono, sea judicial o extra-judicialmente.

Sin perjuicio de lo dicho en el párrafo anterior, la Caja queda obligada a otorgar la pensión y a proceder directamente contra el patrono o patronos responsables, para lo cual ejercitará las acciones judiciales que sean pertinentes para reclamar el monto de la pensión y los daños y perjuicios. La Circunstancia de que no le hayan sido deducidas las cuotas al trabajador, no exime al patrono de responsabilidad. Estas acciones son imprescriptibles y de distinta naturaleza del derecho de demandar el simple reintegro de las cuotas atrasadas.

Para los efectos de esta ley, salario base es el establecido en el artículo 2 de la ley No. 7337. "

ARTICULO 4.

Modifíquese el artículo 45 de la ley No 17 del 22 de octubre de 1943 y sus reformas, "ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social", para que en lo sucesivo se lea así:

"Artículo 45.-

Constituye retención indebida y, en consecuencia, se impondrá la pena establecida en el artículo 216 del Código Penal a quien no enterare a la Caja el monto de la cuota obrera establecido en el artículo 30 de esta ley.

A quién realice maniobras, declaraciones o cualesquiera otros actos u omisiones tendientes a defraudar los intereses de la Caja Costarricense de Seguro Social, tratándose de sus cotizaciones, se le impondrá la pena establecida en el artículo 216 del Código Penal."

ARTICULO 5.

Modifíquese el artículo 46 de la ley No 17 del 22 de octubre de 1943 y sus reformas, "ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social", para que en lo sucesivo se lea así:

"Artículo 46.-

Será sancionado con multa de cinco salarios base:

CCSS, Presente y Futuro

El patrono que despida a sus trabajadores a tome cualquier otra clase de represalias contra ellos, con el propósito de impedirles demandar el auxilio de las autoridades encargadas de velar por el cumplimiento y aplicación de la presente Ley o de sus Reglamentos."

ARTICULO 6.

Modifíquese el artículo 47 de la Ley No 17 del 22 de octubre de 1943 y sus reformas, "Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social", para que en lo sucesivo se lea así:

"Artículo 47.-

Será sancionado con multa de cinco salarios base:

Quién, encargado de la percepción y remisión de los recursos que esta Ley concede, se niegue a proporcionar los datos y antecedentes que se consideren necesarios para comprobar la corrección de las operaciones o que se opongan obstáculos o incurran en retardo para suministrarlos."

ARTICULO 7.

Modifíquese el artículo 48 de la Ley No 17 del 22 de octubre de 1943 y sus reformas, Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social", para que en lo sucesivo se lea así:

"Artículo 48.-

La Caja podrá decretar administrativamente el cierre del establecimiento donde se realiza la actividad cuando:

- a. El patrono se niegue, injustificadamente, a suministrar la información que los inspectores de la Caja Costarricense de Seguro Social le soliciten dentro de la órbita de sus atribuciones legales.

No procederá la imposición de dicha medida si el patrono entregare la información requerida dentro de los cinco días siguientes a su solicitud por escrito.

- b. Cuando exista mora por más de dos meses en el pago de las cuotas obreras y patronales.

El cierre del establecimiento donde se encuentre la actividad se hará mediante la colocación de sellos oficiales en puertas, ventanas y otros lugares de acceso al establecimiento. La destrucción de estos sellos, acarreará la responsabilidad penal correspondiente.

El cierre del establecimiento donde se encuentre la actividad, podrá ordenarse por un período máximo de 15 días, prorrogables por un período igual cuando se mantengan los motivos por los que se dictó. Para la imposición de esta medida, la

CCSS, Presente y Futuro

Caja deberá implementar por medio del Reglamento respectivo un procedimiento administrativo que se regirá por lo establecido en el artículo 39 de la Constitución Política."

ARTICULO 8

Modifíquese el artículo 49 de la Ley NO. 17 del 22 de octubre de 1943 y sus reformas, "Ley Constitutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social" para que en lo sucesivo se lea así:

"Artículo 49.-

1. Los patronos que no presenten sus planillas dentro de los plazos reglamentariamente establecidos, o incurran en la falta de datos o de cualquier información sobre los trabajadores que esté obligado a incluir en la planilla, estarán sujetos al pago de un recargo, sobre el monto de las cuotas y salarios de la siguiente forma:

a. Por presentación tardía de planillas, un cinco por ciento del monto total de las cuotas, sin que sea menor a la décima parte de un salario base.

Por presentación de las planillas con omisión o reporte incorrecto de datos de identificación del trabajador reglamentariamente establecidos, un tres por ciento del salario reportado del trabajador afectado.

2. Los patronos que no cancelen las cuotas obrero y patronales dentro de los plazos reglamentariamente establecidos, estarán sujetos al pago de un interés del tres por ciento mensual sobre el monto de las cuotas, desde la fecha en que debió hacerse el pago hasta la fecha de su cancelación efectiva,".

ARTICULO 9.

Modifíquese el artículo 51 de la Ley No 17 del 22 de octubre de 1943 y sus reformas, "Ley Constitutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social", para que en lo sucesivo se lea así:

"Artículo 51.-

Las personas jurídicas, las entidades o colectividades que constituyan una unidad económica, dispongan de patrimonio y tengan autonomía funcional, estas últimas, tengan o no, personalidad jurídica, pueden ser sancionadas por infracciones sin necesidad de establecer el dolo o culpa de una persona natural.

Las personas jurídicas y las demás citadas en el párrafo anterior, no serán responsables penalmente. Sin embargo, responderán solidariamente por las acciones o las omisiones violatorias de esta Ley, que sus representantes realicen en el cumplimiento de sus funciones".

ARTICULO 10

Modifíquese el artículo 53 de la Ley No. 17 del 22 de octubre de 1943 y sus reformas, "Ley Constitutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social", para que en lo sucesivo se lea así:

"Artículo 53.-

Quando la falta cometida implique perjuicio económico para la Caja, deberá imponerse, además de la multa respectiva, el pago de los daños y perjuicios ocasionados y ambas costas del correspondiente juicio. Los daños consistirán en el monto de las sumas que como consecuencia de la infracción no haya ingresado a la Caja o que ésta haya tenido que satisfacer indebidamente y los perjuicios en los intereses legales de las mismas; para el efecto de que la Institución recupere dichas sumas con prontitud, se procederá de conformidad con las disposiciones del Título Séptimo, Capítulo Séptimo del Código de Trabajo.

La certificación extendida por las jefaturas: de la Contabilidad, de cobro administrativo, o de las sucursales competentes de la Caja Costarricense de Seguro Social, sobre sumas debidas a la Institución cualquiera que sea la naturaleza de la deuda, tiene el carácter de título ejecutivo.

Las deudas a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social, tendrán privilegio de pago en relación con los acreedores comunes, sin perjuicio de los mayores privilegios que establezcan otras normas. Este privilegio de pago es aplicable en los juicios universales y en los demás juicios en que se proceda contra el patrimonio del deudor".

ARTICULO 11

Modifíquese el artículo 55 de la Ley No. 17 del 22 de octubre de 1943 y sus reformas, "Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social", para que en lo sucesivo se lea así

"Artículo 55.-

Las controversias suscitadas por la aplicación del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, y las que se promuevan por la aplicación de las leyes y reglamentos por parte del servicio de inspección, serán substanciadas y resueltas por el despacho correspondiente y contra lo que éste decida, cabrá recurso de apelación ante la Gerencia de División correspondiente, siempre que se interponga ante la oficina que dictó la resolución, dentro de los diez días hábiles posteriores a la notificación respectiva. El pronunciamiento deberá dictarse dentro de los veinte días hábiles siguientes a aquél en que se promovió el recurso.

Las demás controversias que se promuevan con motivo de la aplicación de esta ley o de sus reglamentos, serán substanciadas por la Dirección Jurídica y resueltas por la Gerencia de División respectiva. Contra lo que ésta decida, cabrá recurso de apelación ante la Junta Directiva, que deberá interponerse ante la misma Gerencia de División

dentro de los diez días hábiles siguientes a la notificación. El pronunciamiento de la Junta Directiva deberá dictarse dentro de los veinte días siguientes a aquel en que se planteó el recurso.

Cada Gerente de división conocerá de los asuntos atinentes a su competencia, según la materia de que se trate. Si alguno de ellos estimare que un caso no le corresponde, lo remitirá de oficio sin más trámite a la División respectiva.

El plazo para Impugnar ante los Tribunales de Trabajo las resoluciones firmes que dicte la Caja, en cualquiera de los casos previstos en este artículo, será de seis meses a partir de la notificación respectiva."

ARTICULO 12.

Modifíquese el artículo 74 de la Ley No. 17 del 22 de octubre de 1943 y sus reformas, "Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social" para que en lo sucesivo se lea así:

"Artículo 74.-

Las personas jurídicas o las personas físicas que trabajen de forma Independiente, o con actividades lucrativas para los efectos que se indican en este artículo, deberán estar al día en el pago de sus obligaciones con la Caja Costarricense de Seguro Social, conforme lo establece la Ley, o bien, que no tienen obligaciones pendientes con esta Institución. Para tal efecto la Caja establecerá los medios de verificación necesarios.

Dicho trámite de verificación será requisito para:

1. La admisibilidad de cualquier solicitud administrativa que se haga a la Administración Pública, de autorizaciones para la obtención de aprobaciones que se deban acordar en el ejercicio de sus funciones de fiscalización y tutela, o cuando se trate de solicitudes de permisos, licencias y autorizaciones. Para efectos de este artículo se entiende Administración Pública en los términos del artículo 1 de la Ley General de la Administración Pública y del artículo 1 de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Contencioso Administrativa.
2. La inscripción de todo documento con excepción de los expedidos por autoridades judiciales, en los Registros Públicos Mercantil, de Asociaciones Deportivas y en el Registro de Organizaciones Sociales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en relación con las personas jurídicas.
3. Participar en cualquier proceso de Contratación Pública regulado en la Ley de Contratación Administrativa, así como para la participación en los procedimientos regulados en la Ley de Concesión de Obra Pública. En todo contrato administrativo se deberá incluir una cláusula que establezca como incumplimiento contractual, el no pago de las obligaciones de seguridad social.
4. El otorgamiento del beneficio establecido en el párrafo segundo del artículo 5 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República.

CCSS, Presente y Futuro

5. El Disfrute de cualquier régimen de exoneraciones e incentivos fiscales. Será causa de pérdida de las exoneraciones y los incentivos fiscales acordados, el incumplimiento de las obligaciones de seguridad social, el cual será determinado dentro de un debido proceso seguido al efecto.
6. Conforme lo dispone el párrafo cuarto del artículo 177 de la Constitución Política, será obligatoria la inclusión dentro del Proyecto de Presupuesto General de la República que elabore el Poder Ejecutivo, de todas las partidas que sean necesarias para cumplir con el pago que el Estado debe hacer a la Caja Costarricense de Seguro Social, tanto como Estado como en su carácter de Patrono.
7. Contraloría General de la República no aprobará ningún presupuesto ordinario o extraordinario, no hará modificaciones presupuestarias de las instituciones del sector público, incluso de las municipalidades, si no presentaran una certificación extendida por la Caja Costarricense de Seguro Social, en la que conste que se encuentran al día en el pago de las cuotas patronales y obreras de esta institución o que existe, en su caso, el correspondiente arreglo de pago debidamente aceptado. Esta certificación la extenderá la Caja dentro de las veinticuatro horas hábiles siguientes de la solicitud, en papel común y libre de cargas fiscales, timbres e impuestos de cualquier clase.

La verificación del cumplimiento de la obligación establecida en este artículo, será competencia de cada una de las instancias administrativas en las que se deba efectuar el trámite respectivo. De igual forma, mediante convenios con cada una de esas instancias administrativas, la Caja Costarricense del Seguro Social podrá establecer bases de datos conjuntas y sistemas de control y verificación que faciliten el control directo del pago de las obligaciones de seguridad social".

ARTICULO 13

Rige a partir de su publicación.

JOSE MARIA FIGUEREZ OLSEN.-
El Ministro de Salud, Herman Weinstock W.

San José, 11 de febrero de 1998.-

ANEXO No. 2

**CARTA DE LOS DERECHOS y DEBERES
DE LOS USUARIOS**

Artículo 75.

De los derechos de los asegurados.

Los asegurados tienen derecho a:

- a. Ser atendidos en forma oportuna, dentro de las posibilidades de la Institución, con el máximo de respeto, sin discriminación alguna, bajo una relación que destaque su condición de ser humano.
- b. Recibir información precisa y clara sobre la realidad de su estado de salud, así como de las implicaciones de las diferentes alternativas de tratamiento a que podría ser sometido, de tal modo que pueda adoptar la decisión que mejor se ajuste a sus deseos o a sus convicciones en forma totalmente libre y voluntaria. Este derecho incluye el de ser informado, cuando así lo solicite el paciente, por cualquier medio de la razón de toda medida diagnóstica o terapéutica que se proponga, o de cualquier prueba complementaria. Se entiende que la información debe ser suministrada en términos que él pueda entender, dependiendo de su nivel de educación o de experiencia.
- c. Que toda la información que genere el sistema de salud sea documentada, sin ningún tipo de exclusión o de excepción, en el expediente clínico.
- d. Conocer y solicitar la certificación de cualquier información de su expediente clínico.
- e. Que todos los informes y registros reciban trato absolutamente confidencial, salvo cuando por ley especial deba darse noticia de ellos a las autoridades sanitarias.
- f. Que se respete el derecho a la imagen, de modo que no sea objeto de información pública sin consentimiento expreso.
- g. Tener acceso, en caso de duda, a una segunda opinión de otro médico de la Caja Costarricense de Seguro Social, antes de autorizar tratamientos, intervenciones quirúrgicas o procedimientos médicos de cualquier tipo.
- h. Conocer el nombre del médico tratante y del personal responsable de su atención, así como la especialidad y calificación del personal y su responsabilidad en la coordinación, selección y administración del tratamiento.
- i. Decidir libremente, sin ningún tipo de coacción o acondicionamiento, su participación como sujeto pasivo en investigaciones clínicas o terapéuticas.
- j. Decidir libremente, sin ningún tipo de coacción o acondicionamiento, ser sometido a

CCSS, Presente y Futuro

cualquier tipo de diagnóstico, tratamiento o procedimiento de análoga naturaleza

- k. Decidir libremente, Sin ningún tipo de coacción o condicionamiento, si se somete a procedimientos diagnósticos o terapéuticos de efectividad no comprobada. Únicamente cuando hayan sido debidamente advertidos de los riesgos y ventajas de tales tratamientos. Los pacientes podrán autorizar su aplicación así como desautorizarla en cualquier momento, a su mayor conveniencia. El consentimiento siempre debe quedar constando por escrito.
- l. Recibir la explicación pertinente sobre su estado de salud, sobre la evolución futura y la instrucción suficiente de toda indicación o contraindicación médica.
- m. Recibir instrucciones claras, por escrito, sobre la utilización de los medicamentos recetados.
- n. Conocer la organización y funcionamiento general del centro de salud, mediante información escrita que se le entregará en el momento de su ingreso.
- o. Esperar una atención continua y a recibir información sobre sus necesidades de atención posteriores a su egreso, así como a recibir adiestramiento, de acuerdo con los recursos institucionales, sobre cómo cuidar personalmente su salud.
- p. No ser rechazado por motivo de su enfermedad, cualquiera que sea su naturaleza o gravedad.
- q. Ser visitado por sus familiares, amigos y otros, o recibir de ellos comunicaciones telefónicas o escritas, así como rechazar la visita de aquellas personas con quienes no desee comunicarse.
- r. Expresar por la vía de su predilección, las quejas reclamaciones o sugerencias que desee formular, y recibir respuesta escrita de la autoridad competente sobre las mismas.

Artículo 76.

De los derechos de la mujer embarazada

Además de los anteriores, la mujer embarazada tendrá los siguientes derechos:

- a. Participar en las decisiones relacionadas con su bienestar o el de su hijo aún no nacido.
- b. Recibir cursos de preparación para el parto.
- c. Estar acompañada de una persona de su confianza durante el tiempo anterior al parto, durante la labor de parto y durante el período posterior al mismo.
- d. Tener a su lado al niño, así como a su padre, tan pronto como sea posible, después del parto y durante su estancia en el hospital.
- e. Atender a su hijo personalmente, si su condición o la del niño lo permite, y alimentarlo

según las posibilidades y necesidades de ambos.

- f. Todos los demás prescritos en el ordenamiento jurídico.

Artículo 77.

De los derechos del niño.

En forma adicional a los derechos previstos en el artículo 75 y sin perjuicio de los derechos consagrados en otros instrumentos normativos de mayor rango, los niños tendrán los siguientes derechos:

- a. Estar acompañado de sus padres o de las personas que los sustituyan, el máximo tiempo posible durante su permanencia en el hospital, participando activamente en la vida hospitalaria.
- b. Recibir el tratamiento, la educación y la asistencia especiales que requiera su estado particular, en el caso que experimente una invalidez física, mental o social.
- c. Disponer de todas las oportunidades de juego y de recreo que se dirigirán para las mismas finalidades que la educación. La sociedad y las autoridades públicas harán todo lo necesario para fomentar el disfrute de este derecho.
- d. Recibir información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al tratamiento médico al que se le somete y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.
- e. A una recepción y seguimiento individual, destinándose en la medida de lo posible las mismas enfermeras y auxiliares para dicha recepción.
- f. A contactar con su padre o con la persona que lo sustituya, en momentos de tensión, disponiendo a tal efecto de los medios adecuados.
- g. Disponer de locales amueblados y equipados de modo que respondan a sus necesidades de cuidados, educación y juegos de acuerdo con las normas de seguridad.
- h. Proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital y beneficiarse de las enseñanzas y material didáctica que las autoridades escolares pongan a su disposición, siempre que no suponga obstáculos o perjuicio en su tratamiento.
- i. Disponer durante su permanencia en el hospital, de juguetes adecuados a su edad, de libros y medios audiovisuales.
- j. Disponer de la Libreta del Niño como documento personal en el cual se reflejen las vacunaciones y el resto de datos de importancia para su salud.

Artículo 78.

De las obligaciones y responsabilidad de los asegurados.

Los asegurados, independientemente de su condición, tendrán las siguientes responsabilidades y obligaciones:

- a. Observar las normas propias del centro de salud que afecten su tratamiento y conducta.
- b. Conducirse con respeto, tanto en relación con los funcionarios que le presten servicio como en relación con los otros pacientes y sus acompañantes.
- c. Suministrar toda la información que se le solicita respecto de sus datos personales, así como toda aquella información relacionada con el padecimiento actual, padecimientos anteriores y antecedentes familiares, tratamiento y hospitalizaciones previos en forma precisa y completa.
- d. Informar sobre cualquier cambio inesperado en su condición; asimismo, todo cambio relacionado con medicamentos o tratamientos suministrados.
- e. Seguir el plan de tratamiento aceptado por él y a cumplir las indicaciones brindadas por los profesionales a su cargo.
- f. Atender las citas que se le otorguen. Si ello no fuere posible, estará en la obligación de comunicar al profesional o al funcionario encargado, el motivo de su inasistencia.
- g. Utilizar los servicios de urgencia conforme a su finalidad. de modo que acudirá preferentemente a los servicios ambulatorios cuando no se justifique razonablemente acudir a los servicios de urgencia.
- h. Cuidar las instalaciones físicas y el equipo o instrumental del centro, así como colaborar en su mantenimiento.
- i. Denunciar cualquier anomalía en cuanto a los servicios recibidos, a la Dirección Médica, Dirección de Enfermería o Enfermera jefe del Servicio.
- j. Todos aquellos otros derechos establecidos en el ordenamiento Jurídico, así como los que se deriven de su condición de ciudadano usuario del servicio de la Caja Costarricense de Seguro Social.