

JORINE MUISER
HORACIO CHAMIZO

GOBERNANZA

DEL SECTOR SALUD COSTARRICENSE

POSREFORMA **DESDE UNA PERSPECTIVA** HISTÓRICA
(1940-2010)



JORINE MUISER
HORACIO CHAMIZO GARCIA

GOBERNANZA

**DEL SECTOR SALUD COSTARRICENSE POSREFORMA:
UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA
(1940-2010)**



EDITORIAL
UCR
2022



362.109.728.6

M987g

Muiser, Jorine, 1960-

Gobernanza del sector salud costarricense posreforma : una perspectiva histórica (1940-2010) / Jorine Muiser, Horacio Chamizo García. – Primera edición. – San José, Costa Rica : Editorial UCR, 2022.

liii, 232 páginas ; diagramas en blanco y negro, gráficos (algún color).

ISBN 978-9968-46-991-3

1. SALUD – HISTORIA – COSTA RICA. 2. REFORMA DE SALUD – HISTORIA – COSTA RICA. 3. SALUD PÚBLICA – ADMINISTRACIÓN – COSTA RICA. 4. POLÍTICA DE SALUD – COSTA RICA. I. Chamizo García, Horacio, 1968- , autor. II. Título

CIP/3696

CC.SIBDI.UCR

Edición aprobada por la Comisión Editorial de la Universidad de Costa Rica.
Primera edición: 2022.

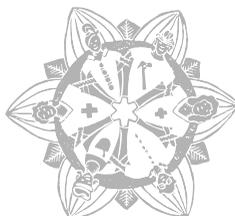
Editorial UCR es miembro del Sistema Editorial Universitario Centroamericano (SEDUCA), perteneciente al Consejo Superior Universitario Centroamericano (CSUCA).

Corrección filológica: *Sofía Conejo A.* • Revisión de pruebas: *Ariana Alptzar L.*
Diseño de contenido: *Daniela Hernández C.* • Diseño de portada: *Boris Valverde G.*
Diagramación: *Abraham Ugarte S.* • Imagen de portada: *Cooperación Circular*, 2021.
Técnica: grabado en linóleo, Wies Merx. • Control de calidad: *Mauricio Bolaños B.* y *Raquel Fernández C.*

© Editorial de la Universidad de Costa Rica, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.
Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. Hecho el depósito de ley.

Impreso bajo demanda en la Sección de Impresión del SIEDIN. Fecha de aparición: marzo, 2022.
Universidad de Costa Rica. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

Apdo.: 11501-2060 • Tel.: 2511 5310 • Fax: 2511 5257 • administracion.siedin@ucr.ac.cr • www.editorial.ucr.ac.cr



CONTENIDO

Prólogo	xxi
Introducción: supuestos teóricos y conceptos claves	xxiii

CAPÍTULO 1

LOS PRIMEROS PASOS EN EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD (1922-1970)

Éxitos y retos del sistema de salud costarricense.	2
Inicio de la participación del Estado costarricense en la política de salud: creación del Ministerio de Salubridad.	3
Desarrollo del Ministerio de Salubridad a partir de 1940.	4
Creación de la CCSS.	6
Nueva Constitución Política	12
Universalización de la seguridad social.	14
Sobre la autonomía de la CCSS.	15
Consolidar la relación entre organizaciones médicas y la CCSS.	20

CAPÍTULO 2

ESTABLECIMIENTO DE LA RECTORÍA EN SALUD EN EL CONTEXTO DEL ESTADO BENEFACTOR (1970-1983)

Primer Plan Nacional de Salud: complementariedad entre el Ministerio de Salud y la CCSS.	26
El traspaso de los hospitales a la CCSS y el inicio del distanciamiento entre el Ministerio de Salud y la CCSS.	29
Confuso papel del Ministerio de Salud.	33
Cambios en la coordinación entre el Poder Ejecutivo y la CCSS.	38
Establecimiento de la rectoría sectorial como función de la Administración Pública.	42
Contradicción entre diferentes instrumentos de planificación sectorial en el sector salud.	44
Asimetría en la distribución del gasto sectorial.	50
Problemas pendientes en la coordinación sectorial.	52

CAPÍTULO 3

EL DISEÑO DE LA RECTORÍA EN SALUD EN EL PERIODO 1983-1994

Efectos de la crisis para el quehacer financiero del sector salud costarricense.	58
Decrecimiento estructural del gasto público de salud.	58
Reconfiguración de la arena de la política de salud.	70
Modelo de rectoría visualizado por el Ministerio de Salud antes de la reforma.	73
Razón de ser de la reforma del sector salud de la década de 1990 según la Comisión Evaluadora del Sector Salud.	80
Propuesta del Ministerio de Salud de 1993.	84
La reforma del sector salud de la década de 1990: un compromiso forjado.	92

CAPÍTULO 4

LA RECTORÍA EN SALUD EN EL PERIODO POSREFORMA: LA CONSOLIDACIÓN DE LA FRAGMENTACIÓN (1994-2004)

Antecedentes del fortalecimiento del Ministerio de Salud para el ejercicio de su función rectora (1990-1996)	102
Fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud (1996-2000)	105
Rectoría fragmentada: la CCSS como juez y parte en el nuevo modelo de asignación de los recursos	118

CAPÍTULO 5

PARALIZACIÓN DE LA REFORMA (2001-2004)

Segunda etapa de la reforma (2001-2004)	125
Falta de liderazgo por parte del Estado en la implementación del nuevo modelo de asignación de recursos financieros de la CCSS	133
Fallas del Estado en el periodo posreforma.	142
Proceso de privatización de los servicios de salud, lento, silencioso e implícito	150

CAPÍTULO 6

GOBERNANZA DEL SECTOR SALUD COSTARRICENSE POSREFORMA: ¿UNA GOBERNANZA SISTÉMICA? (1994-2010)

Dimensión instrumental.	158
Dimensión espacial.	174
Dimensión valórica.	180
Intencionalidad, exigibilidad e integralidad.	188
Gobernanza del sector salud costarricense posreforma	194

Consideraciones finales.	199
Bibliografía.	211
Índice de cuadros	227
Índice de figuras.	229
Acerca de los autores.	231



CAPÍTULO 1

LOS PRIMEROS PASOS EN EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

(1922-1970)

El salario mínimo en ese momento era a un colón la hora; eso ganaba un peón. No era mucha plata para pensar que el trabajador estuviera dispuesto a que le rebajaran el salario para pagar una promesa que era el Seguro Social... Nadie sabía lo que era; de modo que se opusieron al Seguro Social.

Informante 7

Este capítulo presenta un resumen histórico, contado por actores clave del proceso, del periodo previo a la reforma del sector salud de la década de 1970. Es el periodo en que nacen el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y durante el cual ambas instituciones trabajaban cada una según su propio mandato de manera separada.

Se presenta el análisis histórico de la gobernanza del sector salud costarricense. El análisis es el resultado de una serie de 28 entrevistas a profundidad con informantes clave² y estudios exhaustivos de documentos institucionales y literatura relevante. Los resultados que se presentan se generaron con base en un análisis de los textos recogidos, según los conceptos introducidos en la primera parte de este libro. Estos se presentan de manera narrativa. Para resguardar la objetividad y evitar que la autora presentara sus propias interpretaciones, se trabajó consistentemente con citas literales. Todos los informantes firmaron el consentimiento informado y pidieron que se mantuviera su anonimidad.

2 La autora mantiene los archivos, tanto los audios como las transcripciones de cada una de estas entrevistas; sin embargo, este material no se encuentra accesible para el público lector.

Éxitos y retos del sistema de salud costarricense

El actual sistema de salud costarricense comenzó a construirse en 1922 con la creación de la Subsecretaría de Salubridad. Mientras que esta institución se enfocaba en las áreas de dirección política y salud pública particularmente, el sector caritativo se encargó del establecimiento de los primeros hospitales (Jara, 2002). En 1941, se creó la CCSS con el fin de dar protección social a los trabajadores. Fue una decisión política dirigida a restaurar la estabilidad social en un momento conflictivo caracterizado por huelgas laborales. La decisión se fundamentó en las propuestas de la Organización Internacional de Trabajo (OIT), que al intervenir convirtió la institucionalización de la protección social en una tendencia regional implementada en dos olas consecutivas:

Costa Rica pertenece al grupo de países latinoamericanos que crean su sistema de seguridad social entre los decenios 1930 y 1940, no siendo por tanto de los pioneros en establecerlo. Corresponde la creación de dicho sistema a lo que algunos denominan “segunda ola” de reformas ocurrida en América Latina en los años cuarenta, y se basa en los principios de obligatoriedad, universalidad y solidaridad (Bolaños, 2005, p. 72).

Sobre la base de esas dos instituciones, el Ministerio de Salud y la CCSS, se inició en Costa Rica un fascinante proceso de construcción de un sistema de salud que, durante 1970, logró reducir la tasa de mortalidad infantil con tal rapidez que el país fue laudado con amplio reconocimiento internacional, casi con un Premio Nobel de la Paz (Balabanova *et al.*, 2011; Informante 5). Luego, en la década de 1980, cuando la crisis económica internacional afectó también la economía costarricense, la evolución del sistema se complicó. El cambio del modelo político-económico, de un enfoque en el desarrollo nacional a uno orientado hacia el mercado global, dividió la élite de la política de salud y frenó el ritmo del proceso. Consecuentemente, se atrasó el necesario proceso de transformación de un sistema de salud construido para controlar enfermedades contagiosas a uno enfocado en la prevención de enfermedades crónicas y la promoción de la salud.

Algunos costarricenses reclaman que el país fue víctima de su propio éxito (Vargas, 2012; Mohs, 1983). El argumento es que la disminución dramática en la mortalidad por enfermedades contagiosas, lograda a través del desarrollo de un sistema de salud sólido y la implementación de un conjunto de políticas sociales universales durante el periodo 1960-1980, habría acelerado el proceso de la transformación epidemiológica sin que el país estuviera preparado para ella en términos económicos. Es decir, a causa de los éxitos logrados en el pasado, en Costa Rica se aumentó la carga de enfermedades crónicas antes de haberse transformado en un país “rico”; y combatir enfermedades crónicas era más difícil para un país de ingresos medios que para uno de ingresos altos, como en el caso de los países europeos. Así lo planteó Mohs, ministro de Salud, entre 1986 y 1990:

No es común ni sencillo el que un país pequeño y con recursos económicos tan limitados como Costa Rica se esté enfrentando con relativo éxito a los difíciles problemas que caracterizan la patología médica emergente [es decir, típicos de países desarrollados], después de lograr controlar o erradicar aquella propia de un país subdesarrollado (Mohs, 1983, p. 9).

Actualmente, Costa Rica ya no es el único, ni uno de los pocos países de ingresos medios y bajos que enfrenta una carga de enfermedades crónicas alta. Antes bien, hoy en día, el 80 % de esta carga se presenta en países de ingresos medios y bajos (OMS, 2014). Por lo tanto, este análisis, que, entre otras cosas, discute las dificultades que ha experimentado el país en la transformación de su sistema de salud, al pasar de uno enfocado en el tratamiento de enfermedades infecciosas a otro que prioriza la prevención de enfermedades crónicas y la promoción de la salud, puede ser relevante para otros países de ingresos medios y bajos, dentro y fuera de la región latinoamericana.

Inicio de la participación del Estado costarricense en la política de salud: creación del Ministerio de Salubridad

El origen del Ministerio de Salud está en la Subsecretaría de Salubridad, creada en 1922 bajo la Secretaría de la Policía (Bustamante, 2003). En la época, el Estado tenía responsabilidad limitada por el bienestar de las clases trabajadoras, según lo establecido en el Artículo 10 de la Constitución Política de 1917. Este indica que:

Es obligación del Estado velar por el bienestar de las clases trabajadoras, y para ello dictará las leyes necesarias; a falta de iniciativa social promoverá, y en todo caso apoyará en la medida de sus recursos, las instituciones que tengan por objeto armonizar sobre bases de justicia las relaciones entre patrones y obreros, y las que tiendan a mejorar la condición económica de éstos y ampararlos en caso de enfermedad, vejez o accidente, paro de trabajos u otras circunstancias de desgracia independientes de su voluntad (Constitución Política de la República de Costa Rica, 1917).

En ese momento, el Estado aún no contaba con una institución específica en el ramo de la salud. Por el contrario, se apoyaba en la sociedad civil, particularmente en las Juntas de Caridad y otras organizaciones de beneficencia, enfocadas en el cuidado de la población de bajos recursos. A partir de 1922, la Subsecretaría de Salubridad comienza, ya desde el Estado, a implementar campañas de higiene y letrización. Como aún no cuenta con puestos de salud, pero la educación primaria ya es gratuita y obligación del Estado, entonces la Subsecretaría de Salubridad utiliza como medio principal para implementar sus programas priorizados el sistema educativo nacional (Jara, 2002).

Un año después, en 1923, se adopta la Ley Protección de la Salud Pública, que sería el primer Código Sanitario del país. Esta ley declara la salud nacional como obligación del Estado y la local como responsabilidad de las municipalidades (Jaramillo, 1993; Mohs, 1983). Luego, en 1927, la Subsecretaría se convierte en la Secretaría de Salubridad, con el fin de darle a esa institución “poder político, control general y presupuestos adecuados, ya que era apenas una organización subordinada” (Bustamante, 2003, p. 11). Desde entonces, la Secretaría, el ahora Ministerio de Salud, asume el papel de vanguardia de la salud pública nacional con carácter independiente:

De aquí, y con el Dr. Solón Núñez a la cabeza, se iniciará toda una espectacular y compleja etapa de estructuración de la Secretaría, con resultados óptimos para la salud nacional en el transcurrir del siglo XX en cuanto, entre otros aspectos, la reglamentación sanitaria y normativas específicas, campañas y luchas preventivas, advenimiento de organismos especializados para diferentes áreas, creación de unidades sanitarias, fiscalización de hospicios, clínicas y hospitales, control de alimentos y medicamentos, servicios de inspección, veterinaria de salud, laboratorios, ingeniería sanitaria, asuntos epidemiológicos, en fin, todo lo que le compete al profuso ámbito de la salubridad y la asistencia médico-social (Bustamante, 2003, p. 11).

En el año 1927, la Secretaría de Salubridad se convierte en la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social “tomando las funciones de beneficencia” (Jaramillo, 1993, p. 68). Se tiene allí el origen del Ministerio de Salud costarricense.

Desarrollo del Ministerio de Salubridad a partir de 1940

La década de 1940 representa una época en que el Estado costarricense se convierte de un modelo oligárquico y liberal a uno reformista, con el que poco a poco se incrementarían el grado de intervención del Estado. Según Jara, es una “transición entre una sociedad oligárquica y una sociedad burguesa, y entre un Estado liberal no interventor y un Estado reformista en lo político y benefactor en lo social” (Jara, 2002, pp. 2-3, citando a Salazar, 1993). El desarrollo del Ministerio de Salubridad, la adopción del Código Sanitario y la creación de la CCSS, entre otras instituciones, son ilustrativos para esa tendencia. Luego, después de un periodo de conflictos y el acuerdo de dos pactos sociales, el modelo se mueve hacia un Estado benefactor, el cual es explícitamente intervencionista y comienza a construirse efectivamente a partir de 1950.

Con frecuencia, cuando se analiza el impacto del periodo de 1940 en el proceso de la construcción del sistema de salud costarricense, el enfoque es en la creación y constitución de la CCSS. La época, sin embargo, también experimenta una serie de hitos

importantes con respecto al desarrollo de la Secretaría de Salubridad y, por ende, para el sector salud en general.

Los servicios médicos curativos, en particular los dirigidos a la población de bajos recursos, surgen en Costa Rica, originalmente, por iniciativa privada. Por ello, cuando se crea la Subsecretaría de Salubridad, el país ya cuenta con una serie de hospitales, lazaretos, hospicios, casas de maternidad e instituciones protectoras de la infancia (Jaramillo, 1993; Mohs, 1983). Todos son administrados por las Juntas de Caridad.

En 1936, las Juntas de Caridad se convierten en Juntas de Protección Social. Estas son instituciones privadas con juntas directivas electas sin interferencia estatal, que operan con fondos provenientes de donaciones voluntarias y pagos por servicios exclusivos por parte de personas influyentes, por ejemplo, para tener una habitación privada o ser atendido por un médico en especial. A pesar de ser instituciones formalmente privadas, se les llama semiautónomas porque “generalmente personalidades de los grupos dominantes políticos y económicos formaban parte de dichas organizaciones” (Jara, 2002, p. 15). Como son manejadas por las Juntas de Protección Social, los establecimientos operan con pocos recursos.

Con el fin de mejorar la calidad de los servicios hospitalarios prestados por la Junta de Protección Social, la Secretaría de Salubridad comienza, a partir de los años cuarenta, a subvencionar estos establecimientos con fondos del presupuesto nacional (Jara, 2002). De esta forma, el concepto de caridad en Costa Rica se sustituye por el de protección social con participación del Estado (Jaramillo, 1993).

En 1943, se adopta el primer Código Sanitario. Este deroga la Ley Protección a la Salud Pública y pone orden en “la profusa legislación acumulada a lo largo de los años y la amplia experiencia existente en materia sanitaria”. El Código también hace referencia “a la estructura orgánica de la Secretaría de Salubridad, y a las normas y controles en materia de salubridad local e internacional” (Mohs, 1983, p. 44). En 1949, se reforma este Código y, luego, se mantiene vigente hasta la adopción de la Ley General de Salud en 1973.

A finales de la década de 1940, la Secretaría de Salubridad cambia su nombre a Ministerio de Salubridad (Mohs, 1983; Jara, 2002). En 1950, se adopta la Ley General de Asistencia Médica Social con la que se crea la Dirección General de Asistencia Médica Social. Esta dirección, con la asesoría del Consejo Técnico de Asistencia Médica Social, también creado por esa ley, tiene, entre otras, las siguientes atribuciones:

- i. Coordinar las instituciones médico-asistenciales y las de la protección social.
- ii. Proveer dirección técnica y ejercer la fiscalización económica de los mencionados centros.
- iii. Ejercer la supervisión técnica de instituciones análogas de tipo particular (Mohs, 1983, p. 44).

Como se observa, las potestades del Ministerio de Salubridad incluían la coordinación, dirección técnica, fiscalización económica y supervisión técnica de una gran parte de los establecimientos médicos que operaban en el país. En ese momento, al Ministerio de Salubridad lo integran tres direcciones generales: la Dirección de Salubridad, conformada por 16 unidades, 33 unidades sanitarias y cuatro programas de lucha de enfermedades con cobertura nacional; la Dirección de Asistencia mencionada anteriormente, conformada por el Sistema Nacional de Hospitales y las instituciones de Asistencia Social y la Dirección Administrativa. Para la implementación de acciones en salud pública, el Ministerio ya cuenta con instalaciones y programas propios. Con respecto al sistema hospitalario, a finales de 1950, este ya cuenta con una sección estadística. Además, se han uniformado los formularios médicos y se comienza a perfilar el Plan de Construcciones Hospitalarias (Ministerio de Salud, 2010).

El desarrollo de la salud pública en Costa Rica se origina, entonces, en una época en que el país ya cuenta con instituciones que prestan, sea de manera limitada, servicios curativos. En su análisis, Jaramillo subraya cómo “en el proceso de implementar inicialmente los servicios de salud para Costa Rica, siguiendo una norma general y mundial, la medicina preventiva siempre se inicia posterior al desarrollo de las actividades curativas” (1993, p. 70). A partir de 1957, el llamado Ministerio de Salubridad toma una responsabilidad más formal sobre el manejo de los hospitales de las Juntas de Protección Social, comenzando su financiamiento, fiscalización y supervisión. Así que, aunque no simultáneamente, tanto las acciones en el área de la salud pública como el de servicios curativos quedan bajo responsabilidad o supervisión del Ministerio de Salud hasta la década de 1970. Hasta entonces, la CCSS le compra los servicios hospitalarios al Ministerio de Salud.

Creación de la CCSS

En esta sección, se discute el proceso de creación de la CCSS con base en cuatro dinámicas subsecuentes: 1) la influencia extranjera que despertó la importancia de tener un sistema de seguridad social en la élite de la política de salud costarricense; 2) la configuración institucional que se adoptó para facilitar, en términos políticos, la creación de la CCSS; 3) la oposición del cuerpo médico a la creación de la CCSS; y 4) la conversión de la CCSS en una institución autónoma.

El análisis de esta sección demuestra que no ha sido fácil crear la CCSS y que al inicio existía una notable oposición política. A continuación se discute cómo los diferentes problemas se resolvieron entre las décadas de 1940 y 1970, cuando el cuerpo médico finalmente aceptó la CCSS y, más bien, comenzó a entender los beneficios que traía tanto para la población como para ellos mismos.

Influencia extranjera

El interés en construir un seguro social empieza a ganar terreno en Costa Rica en 1930. Uno de los factores involucrados en este proceso es las propuestas de la OIT, que había adoptado una serie de tratados internacionales para la protección de los derechos de los trabajadores. Estos resonaban fuertemente en Costa Rica: “este seguro [la CCSS] nació por recomendación de la OIT que va a Santiago de Chile a la Quinta Conferencia Panamericana, aquella organización que reunía a todos los países para hablar de su desarrollo como países” (Informante 7).

En términos generales, hay mucha influencia del extranjero durante la primera mitad del siglo XX. Tienen influencia las agencias internacionales, como la OIT y la Conferencia Sanitaria Panamericana, actualmente Organización Panamericana de la Salud (OPS), a la que Costa Rica se había incorporado en el momento de su creación en 1902 (Bustamante, 2003, p. v). También, el movimiento internacional socialista, el comunismo y el brazo izquierdista de la Iglesia católica, llamada *Rerum Novarum*, encuentran suelo fértil en el país, en particular porque buscaban una respuesta ante la explotación de los trabajadores que se daba en las plantaciones bananeras. Como Costa Rica en ese momento no contaba con una universidad propia, muchos costarricenses estudiaban en Alemania, Bélgica, Inglaterra y España, donde el tema de la seguridad social era fuerte.

Posteriormente, cuando estalla la Segunda Guerra Mundial, Costa Rica gira su mirada hacia los Estados Unidos y los países vecinos latinoamericanos. El país entra en una crisis económica a causa del cierre de las puertas europeas a la exportación de café, banano y cacao. En esto, Roosevelt le ofrece una mano al país:

Roosevelt le pide a Calderón [Guardia, presidente de la República] apoyo para el desarrollo de una política social más fuerte en los países latinoamericanos. Él está empujando el New Deal en Estados Unidos, que es un proyecto social demócrata modesto. Le pide apoyo político para el New Deal y luego la posibilidad de defensa para el Canal de Panamá [contra los alemanes] (Informante 7).

A nivel latinoamericano, Chile, pionero de la seguridad social en América Latina, es posiblemente el país con el cual Costa Rica haya tenido más intercambio en esa época; una gran cantidad de costarricenses estudiaban en ese país cuando inició la Segunda Guerra Mundial en Europa y, más tarde, a partir de 1973, muchos médicos chilenos migran a Costa Rica para trabajar después del golpe de Estado de Pinochet (Informante 7). Cuando Chile estableció su sistema de seguridad social en 1925, fue parte de la “primera ola” de países latinoamericanos; Costa Rica tomó parte en la “segunda ola”, la que ocurrió en las décadas de los 30 y 40 (Bolaños, 2005). Las experiencias de Chile le sirvieron de ejemplo a Costa Rica de manera decisiva, como se describe más adelante.

Creación de la CCSS como oficina adscrita al Poder Ejecutivo

Dentro de un contexto turbulento, tanto nacional como internacional, caracterizado por huelgas de trabajadores que reclaman la institución de sus derechos, el presidente de la República de Costa Rica, Calderón Guardia (1940-1944), adopta la Ley del Seguro Social. Para aprobarla, el presidente se distancia de la clase oligárquica liberal que representa a los productores de café. Alternativamente, forja alianzas, por un lado, con el partido comunista, líder del movimiento de los trabajadores en este momento, y, por otro, con la Iglesia católica. Según Sojo, esta alianza se construye más como propuesta antifascista que reformista, es decir, se facilita en particular “por la necesidad de los radicales comunistas a moderar su discurso antimperialista contra los Estados Unidos, en virtud de la alianza internacional contra el fascismo” (Sojo, 2010, p. 60).

Durante su gobierno, Calderón Guardia no solo busca pasar la Ley del Seguro Social; también propone un conjunto de reformas por medio de un nuevo pacto social, lo que sigue marcando el desarrollo social de Costa Rica desde entonces. Las reformas incluyen lo siguiente:

- i. La creación (o mejor dicho restauración) de la Universidad de Costa Rica en 1940.
- ii. La creación de la CCSS como encargada de administrar el seguro social en 1941.
- iii. La incorporación del artículo de las ‘Garantías Sociales’ en la Constitución en 1943.
- iv. La promulgación del Código de Trabajo, el cual establece la relación que debía existir entre el patrono o el capital y el trabajador dándoles una serie de garantías que los afirmaban como ciudadanos y cuyos derechos había que respetar (se estableció la jornada ordinaria de 8 horas, el salario mínimo, el día de descanso semanal, el derecho a la sindicalización y al paro, entre otras cosas) (Jaramillo, 1993, p. 110).

Oposición política inicial

La creación del Seguro Social encuentra fuerte oposición en Costa Rica:

El proyecto despierta aquí la mayor de las resistencias; nadie quiere oír hablar de eso. Primero porque no se conoce el Seguro Social, los salarios hace tres años que no se aumentan y el salario mínimo en ese momento era a un colón la hora; eso ganaba un peón. No era mucha plata para pensar en que el trabajador estuviera dispuesto a que le rebajaran el salario para pagar una promesa que era el Seguro Social, porque nadie sabía lo que era, de modo que se opusieron al Seguro Social. Se opusieron los patronos porque la mayor parte eran exportadores de café, estaban cerrados los mercados europeos. No era el mejor momento para cargar las planillas con otro gasto más. Incluso parte del gobierno no estuvo de acuerdo, porque tampoco tenía un centavo partido por la mitad. Pero a Calderón le entusiasmó el proyecto y lo mandó a la Asamblea, ahí se discutió (Informante 7).

Para respetar la oposición, Calderón acepta una serie de modificaciones a la Ley demandada por la Asamblea Legislativa, enfocándose en lo que más le interesaba: crear la institución. El proceso lo trabaja de manera anticipada, pues indica Jara que “la iniciativa de crear el Seguro Social la toma a los inicios de su gobierno” (2002, p. 8). Según informantes, el presidente aceptó unos cambios a la propuesta original porque el objetivo principal era pasar la ley: “le hicieron toda clase de modificaciones, tan es así que la ley sale porque Calderón tiene el control del Congreso. Nace como una institución adscrita al Poder Ejecutivo, o sea es una especie de Oficina de la Presidencia” (Informante 7).

Así nace la CCSS en 1941 como ente asegurador presidido por “una Comisión Financiera, que son el Gerente del Banco de Seguros, el Gerente del Banco Nacional y un representante del Poder Ejecutivo” (Informante 7). Empero, la ley comienza a reformarse prácticamente a la hora de haber sido emitida:

Aunque la Ley [del Seguro Social] fue aprobada en octubre de ese año [1941], prácticamente estuvo sometida a estudio por la primera Directiva de la Caja, también se le hicieron reformas, de este modo entró en verdadera vigencia en octubre de 1943 (Jaramillo, 1993, p. 119).

Lo que Calderón no logró en 1941, se realizó dos años después: la CCSS se estableció como institución responsable para la aplicación del Seguro Social con una Junta Directiva independiente del Poder Ejecutivo.

Entre tanto, los médicos reaccionaron contra la constitución de la CCSS porque temían una disminución de su demanda en el sector privado. Así, en 1944, fundaron el primer sindicato médico centroamericano:

La mayor parte conocía los seguros sociales, el 25% eran graduados en Lovaina, pero el médico vivía de su consultorio particular y se dieron cuenta que un seguro social les podía afectar el consultorio. Por lo que no solo se opusieron, sino que fundaron el primer sindicato profesional de Centroamérica, la Unión Médica Nacional, para oponerse (Informante 7).

En 1946, esta Unión organizó la primera huelga médica del país, con la que se logró evitar el aumento de los topes salariales de los asegurados que la directiva de la CCSS pretendía imponer unilateralmente (Jara, 2002). Para la implementación de tal política, persiguiendo la expansión de la CCSS, se tuvo que esperar hasta trece años después.

El proceso de la constitución de la CCSS no solo fue el resultado de la buena voluntad política del presidente. Según Jara, las políticas sociales de la época típicamente se caracterizaban por una doble objetividad, de perseguir objetivos sociales y de control a la vez:

Hay que reconocer simultáneamente el desarrollo de una práctica profesional (la medicina social) y una política estatal que incidieron en el mejoramiento de las condiciones de salud de los costarricenses, pero igualmente funcionaron en una dimensión ideológica como un mecanismo de control social sobre la población (Jara, 2002, p. 4).

En ese periodo comenzó el desarrollo del Estado benefactor costarricense, pues el Estado efectivamente comienza a responsabilizarse de, entre otras políticas sociales, la política de salud como parte de una estrategia de desarrollo nacional. En una presentación del 25 de noviembre de 1994, dirigida a la Procuraduría General de la República, Álvaro Salas afirma esa posición subrayando el interés público de la reforma de 1943, aun cuando esta representara intereses opuestos:

Esa reforma tuvo propósitos de indudable interés público, cuya importancia ha sido confirmada por la historia reciente de este país. La existencia de instituciones como la Caja Costarricense de Seguro Social y la Universidad de Costa Rica, han sido fundamentales para la actual institucionalidad democrática de Costa Rica. No se equivocó el Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, cuando en un mensaje al país, dijo: "...cualesquiera que sean los intereses que se opongan, la ciudadanía debe comprender que la importancia que tiene para la comunidad una conquista como la de los seguros sociales obligatorios, es verdaderamente decisiva... Entonces se habrá logrado crear verdadera conciencia sobre estos problemas, y se tendrá la noción de que la estabilidad y la paz internas de la nación dependen del éxito, desarrollo y funcionamiento de las instituciones que vengán a regular la actividad de los distintos grupos económicos representados por las clases sociales, desgraciadamente colocadas en posiciones antagónicas, pero no irreconciliables" (Salas, 1996, p. 120).

La importancia de la CCSS para la población costarricense, sin duda, se ha venido evidenciando desde su constitución en 1941:

Es que el principio de solidaridad [en la que se fundamenta la CCSS] hasta hoy, no sé mañana, no se ha roto. En ningún momento a nadie se le ha ocurrido decir que el Estado no va a pagar, o que los patronos se van a separar, o que los trabajadores no quieren cotizar. Ese principio solidario ha sido constante durante el desarrollo. Ustedes saben que la solidaridad social inició primero cubriendo solo a los trabajadores. Después de ahí cubrió a la familia. Era en un sentido solidario hasta la familia, y después ya empezó a crecer cuando el sistema empezó a financiarse en forma tripartita; se juntaron todas las fuerzas sociales para coaccionar en esto y hasta ahora ese principio se ha mantenido igual. A nadie aquí se le ocurre pensar en otra cosa y si la piensa no la dice, puede morir yo creo (Informante 3).

La CCSS evolucionó a ser una de las instituciones más importantes del país. A causa de sus valores y lo que representa, acumuló un fuerte apoyo de la población en general, en particular entre 1970 y 1990, con lo cual se convirtió un factor político significativo.

Conversión de la CCSS en institución autónoma

En 1943, cuando el clima político se lo permitía, el Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, convirtió la oficina que era la CCSS en una institución autónoma. El objetivo de la desvinculación de la CCSS del Poder Ejecutivo era garantizar el autofinanciamiento de los seguros a su cargo. Según informantes, la figura de institución autónoma se deriva originalmente de la Liga de las Naciones y su razón de ser era la independencia financiera relativa al Poder Ejecutivo, es decir, de la política:

Eso fue una modalidad que había surgido después de la primera guerra mundial, cuando nacen las naciones y se organizan en la Liga de las Naciones. En esa Liga se reconoce que un presidente tiene necesariamente que contar con los Secretarios de Estado, y de ahí nacen grupos técnicos que desarrollan proyectos grandes en instituciones autónomas [...]. La idea es tener autosuficiencia financiera para ese proyecto, porque las instituciones autónomas nacen con autonomía administrativa, pero no de gobierno. Forman parte del plan de gobierno general, pero tienen administración propia, es una forma de agilizar el Estado (Informante 7).

No obstante, diferente a las propuestas de la Liga de las Naciones, como fue mencionado por el informante, la CCSS sí nació con autonomía también del Gobierno. Esto fue, en apariencia, una respuesta a las experiencias negativas que se reportaban desde Chile:

Chile es el primer país que aprueba la creación del Seguro Obrero en 1925, que inicia funciones al lado de las ya establecidas y consolidadas mutuales. Lo hace con dos grandes desventajas que a lo largo del tiempo le costarán su sobrevivencia: su recaudación económica la hace el Estado y compra servicios a los hospitales de la Beneficencia Pública para cumplir con sus prestaciones. Es decir, ingresos teóricos y gastos reales altos, por lo que para 1940 estará cerrando sus ambulatorios (Miranda, 2006, p. 4).

El proyecto de ley para la creación de la CCSS termina priorizando dos principios fundamentados en las experiencias chilenas. Primero, el de la autonomía de la recaudación y administración y, segundo, el de autosuficiencia. Estos implicaron que la CCSS tenía que disponer de servicios propios para atender a sus afiliados (Miranda, 2006).

Las experiencias chilenas parecen haber justificado, por un lado, colocar la administración y el gobierno de los fondos de la seguridad social en manos de una institución autónoma al Poder Ejecutivo y los gobiernos de turno y, por otro, trasladar los hospitales dependientes del Ministerio de Salud y de la Junta de Protección Social a la CCSS, proceso que inició en 1973. Las dos medidas en conjunto han resultado en un fortalecimiento de la CCSS dentro del sector salud en términos de acceso relativo a recursos de poder que no tiene precedentes en la región.

Nueva Constitución Política

Como se indicó previamente, la década de 1940 en Costa Rica resultó productiva en términos de la construcción institucional del país. Las demandas obreras se canalizaron por el Gobierno para construir reformas sociales de trascendencia. En las palabras de Sojo, “las reformas eran igualizadoras; consolidaban los logros alcanzados por las organizaciones laborales y los afianzaban en reformas legales y mecanismos institucionales” (Sojo, 2010, p. 60).

Cuando José Figueres Ferrer tomó el poder después de una breve guerra civil en 1948, él representaba la oposición política de Rafael Ángel Calderón Guardia. Ambos, sin embargo, son clave en el proceso de la construcción del Estado benefactor costarricense que florece entre 1950 y 1980. Ambos eran líderes, según Sojo, fieles a sus convicciones y persistentes en la ejecución de sus ideas y ambos creían en la importancia de la seguridad social. Según el analista, la diferencia entre ellos está en que, mientras Calderón intentó forjar compromisos entre dos lados extremos, Figueres buscó cerrar las brechas:

Si los cuarenta fueron tiempo de conquistas sociales en los extremos de la pirámide, en un escenario de compromiso más que lucha aguerrida entre ricos y pobres, los años posteriores conducen a la creación de una nueva identidad definitoria de nacionalidad moderna costarricense –las clases medias urbanas– en un entorno político de baja tolerancia a la disidencia en los extremos del espectro ideológica, y quizás por ello justamente parodiada como una democracia de “extremo centro” (Sojo, 2010, p. 68).

Con respecto al gobierno de Figueres, Sojo plantea que no desea sobredimensionar la distancia entre la innovación social democrática y el liberalismo, o reformismo en este caso. Subraya más bien el hecho de que Figueres utilizó ese doble filo que era típico de las políticas sociales de los años anteriores. Según el autor, refiriéndose indirectamente a la prohibición del partido comunista, entre otras cosas, la innovación política de Figueres

consiste en el fortalecimiento de una máquina estatal que se ocupa de diversas tareas: de la producción como del crecimiento; de la educación como del control ideológico; de la democracia electoral como de la intolerancia a manifestaciones políticas consideradas anti-sistémicas (Sojo, 2010, p. 66).

A partir de lo dicho por informantes, cuando Figueres llama a una Constituyente, su objetivo primordial es convertir el voto indirecto en uno directo, para conferir “el derecho del voto de elección directa al ciudadano” (Informante 7). Entre sus siguientes objetivos, se incluye incorporar la universalización de la seguridad social en la sección de las Garantías Sociales. Sin embargo, el objetivo no se logró porque no cuenta con suficiente apoyo político para hacerlo; en particular, los médicos continuaron oponiéndose a la expansión de la CCSS.

Debido a que su artículo no pasó por el Parlamento, Figueres aceptó volver a incluir el capítulo de las Garantías Sociales Universales (Artículo 50) en la nueva Constitución, de acuerdo con el mismo informante, esto implicó que el derecho a los servicios de la seguridad social se continuara reservando solo para trabajadores intelectuales y manuales (Artículo 73). Según el informante, en realidad, no hubo muchos cambios en este sentido con respecto a la Constitución anterior:

Lo que hicieron fue tomar la Constitución vieja, incorporarle el artículo 5to de las Garantías Sociales, hacerle algunos retoques y luego el capítulo de las instituciones autónomas como una forma de hacer gobierno con la creación de estas instituciones autónomas (Informante 7).

Figueres logró el voto directo, la abolición del ejército e incluir de nuevo el capítulo de las Garantías Sociales en la nueva Constitución; empero, según este informante, hubiera logrado más para el país:

Si leyeran el proyecto de la nueva Constitución, dirían la que nos perdimos. En el artículo 111 de esta que no fue, dice que el país [...] creará a través de instituciones autónomas un sistema de seguridad social para cubrir a toda la población (Informante 7).

En cuanto a la inclusión de la autonomía administrativa y de gobierno para la CCSS, esta sí fue un elemento particular con grandes repercusiones. Con respecto a la universalización de los servicios de la CCSS, el tiempo le dio la razón a Figueres: en 1961, se adopta la ley de la Universalización de los Servicios de la Seguridad Social a cargo de la CCSS, esta constituye una nueva reforma constitucional.

Al terminar su análisis, Sojo afirma la importancia de los aportes de Figueres para el país subrayando, en particular, el hecho de que logró revalorar la importancia social del papel del Estado en el nuevo contexto de la década de los años cincuenta. El quehacer político de Figueres, según el autor, se basa en dos contenidos estratégicos que buscan lograr la equidad social: “la abolición del ejército como auto-renuncia explícita a la tentación de resolver por medios violentos los conflictos políticos del futuro, y la nacionalización estratégica de servicios públicos” (Sojo, 2010, pp. 68-69).

Garnier analiza el periodo de Figueres como constructivo, si no esencial, para el país. Resalta que, bajo su liderazgo, por un lado, hubo grupos empresariales emergentes que lograron aprovechar el intervencionismo estatal e impulsar un proyecto desarrollista y modernizante que les permitiera expandir y consolidar sus empresas y, por otro, como resultado de la alianza desarrollista que Figueres impulsó, se consiguió forjar esa cohesión social y política que llevó a la inclusión de los grupos medios en el proyecto nacional (Garnier, 2006). En su análisis, Garnier resalta la importancia del liderazgo de Figueres, dos veces presidente electo de la República de Costa Rica (1953-1958 y 1970-1974), como impulsor del proceso.

Universalización de la seguridad social

Como se ha indicado antes, los hospitales de las Juntas de Protección Social eran hospitales de la caridad, con pocos recursos. Esto fue una de las razones por las cuales se buscaron formas de financiamiento alternativas: “funcionaban con lo que se les diera. Esa fue una de las razones muy fuertes para que el Seguro Social se desarrollara” (Informante 7).

Estos hospitales eran los que, en el periodo de 1950, la CCSS contrataba para atender a los asegurados fuera de San José, en particular los de la Junta en Alajuela, Heredia y Cartago, entre otros lugares. Se comienzan a internar en estos hospitales, al mismo tiempo, pacientes asegurados y no asegurados. Estos últimos, sin embargo, no tenían los mismos derechos que los asegurados. Como afirma un informante:

Se hacía un contrato y se especificaba: en este, cambio de ropa, de cama, todos los días, la comida que iba a tener todos los días, visita médica todos los días, los medicamentos que el médico despachara [...] Pero eso no lo tenía él que estaba a la par y que no era asegurado. El médico pasaba de visita y la monja que era la que acompañaba al médico, porque no había suficientes enfermeras, le decía este es un asegurado, y entonces uno sabía qué podía prescribir. Empezó a surgir un conflicto porque si uno tenía un paciente con una pulmonía muy mal que no era asegurado y ahí estaba un asegurado ya con la primera dosis de penicilina, ya le había caído como por arte de magia, y si todavía había un par de frasquitos, decía entonces póngaselo a este otro. Así empezaron estos conflictos que todo el mundo pensó, bueno mejor busquemos la manera de extender estos beneficios al resto de la población (Informante 7).

A raíz de estas experiencias, crece el interés entre los médicos, la élite de la política de salud y otros sectores de la sociedad costarricense en buscar la extensión y universalización de los servicios de la CCSS. En este momento, lo que faltaba para realizarlo ya no era tanto el apoyo político, sino los recursos financieros, humanos e infraestructurales.

La extensión del seguro, ya la guerra había terminado en Europa, los mismos cafetaleros reconocieron los beneficios del seguro; empezaron a pedir extensiones del seguro, y más bien la limitación del seguro era falta de médicos y las instalaciones en donde atender a los asegurados (Informante 7).

Durante 1950, se expande la cobertura de la CCSS al incluir la población rural y, en 1957, se establece el seguro familiar. Luego, en 1959, se logra lo que no se había podido hacer en 1946: elevar el tope máximo de salarios de 400 a 1000 colones por mes. Los nuevos fondos así adquiridos facilitaban la construcción de nuevas instalaciones, mientras que la CCSS también seguía comprando los servicios de los hospitales del Ministerio (Jara, 2002). No obstante, a pesar de lo logrado, a finales de la década de 1950, el Régimen de Enfermedad y Maternidad solo abarcaba al 27 % de la población económicamente activa y al 18 % de la población total del país (Mohs, 1983).

En 1961, se adopta la Ley 2738, Universalización de la Seguridad Social, la que modifica el Artículo 177 de la Constitución Política e impone a la CCSS la universalización de los seguros a su cargo en un plazo no mayor a diez años (Ley de Universalización de la Seguridad Social; Mohs, 2012). La reforma se realiza durante el gobierno de Echandi, oposición al gobierno de Figueres, lo que impacta a quienes apoyaban la extensión de los servicios de la CCSS:

Oír a Mario Echandi (quien era independista, conservador, anti-figuerista) (la social democracia era demasiado izquierdista para muchos) en el año '58 proponer la extensión del Seguro Social porque considera que es de gran beneficio para las familias, fue impactante. Ahí pensamos que el proyecto no estaba muerto. Tan es así que, entre esa posición de Mario Echandi y la universalización del año 61, esa década del 61 al 70, para mi gusto es la década más fértil de la Caja. Se hacen todos los convenios con la Universidad para la producción de recursos humanos, se empiezan a abrir las clínicas periféricas, empieza la extensión al área rural, se construye el edificio y las Oficinas Centrales para la administración, se construye el Hospital México, comienzan las especialidades. Fueron ocho años en los que no alcanzaban los recursos humanos para todos los proyectos que habían (Informante 7).

También en 1961, se funda la primera Escuela de Medicina en la Universidad de Costa Rica, con lo que comienza la formación de recurso humano en salud en el país. Según Miranda, la reforma de 1961 fue un acontecimiento importante, porque “colocó a nuestro país a la misma altura de Canadá y Chile, que eran los únicos países que tenían una legislación de cobertura universal” (Miranda, 2006, p. 14).

A pesar de los esfuerzos, la universalización de los servicios de la CCSS no se alcanza en el plazo estipulado; a finales de la década de 1970, solo el 38 % de la población activa, 45 % de la total y 60 % de la asalariada estaba protegida por el Régimen de Enfermedad y Maternidad. La protección familiar en el área metropolitana se hizo efectiva apenas en 1965 (Mohs, 1983).

Cabe notar que el consenso sobre los beneficios de la universalización de los seguros sociales entre dos sectores políticos oponentes, al que se hizo referencia anteriormente, y que garantizó la continuación del proyecto en ese momento, se perdió a partir de la crisis de los años ochenta. Desde ese entonces, como se analiza más adelante, se dividió la élite de la política de salud, entre otros sectores, lo que causó atrasos importantes en el proceso de la universalización.

Sobre la autonomía de la CCSS

Como se ha indicado, la CCSS obtuvo, en 1943, autonomía administrativa y de gobierno con el fin, en primera instancia, de proteger los fondos financieros recaudados en forma

de contribuciones sociales de los trabajadores y patronos, además del Estado, contra posibles intervenciones políticas. En esta sección, se presentan las reglas formales que constituyeron esa autonomía de la CCSS en las primeras leyes, la Constitución de 1949 y sus reformas de 1961 y 1968, respectivamente. En particular, estas reformas inician un proceso de generación de ambigüedades jurídicas con respecto a la relación entre las dos instituciones más importantes del sector, el Ministerio de Salud, como delegado del Estado, y la CCSS.

Para ilustrar el inicio del desarrollo de este proceso, el Cuadro 1.1 presenta los artículos 1 y 8 de la primera versión de la Ley Constitutiva de la CCSS de 1943. En el Artículo 1 no se utiliza el concepto de institución autónoma, mas en el Artículo 8 sí se hace explícito que la Junta Directiva de la CCSS tiene absoluta independencia del Poder Ejecutivo.

CUADRO 1.1

La Ley Constitutiva de la CCSS 1943, artículos 1 y 8

Artículo 1: La Institución creada para aplicar el seguro social obligatorio e incrementar el voluntario se llamará Caja Costarricense de Seguro Social y, para los efectos de esta ley y de sus Reglamentos, Caja.

Artículo 8: Los miembros de la Junta Directiva desempeñarán sus funciones con absoluta independencia del Poder Ejecutivo y serán por lo mismo, los únicos responsables de su gestión. Por igual razón, pesará sobre ellos cualquier responsabilidad legal que pueda atribuírseles.

Fuente: Ley Constitutiva de la CCSS (1943).

En ese mismo año, en el Artículo 63 de la reforma constitucional, con la que se incluye el capítulo de las Garantías Sociales, también se atribuye explícitamente la autonomía administrativa y de gobierno a la CCSS, como muestra el Cuadro 1.2.

CUADRO 1.2

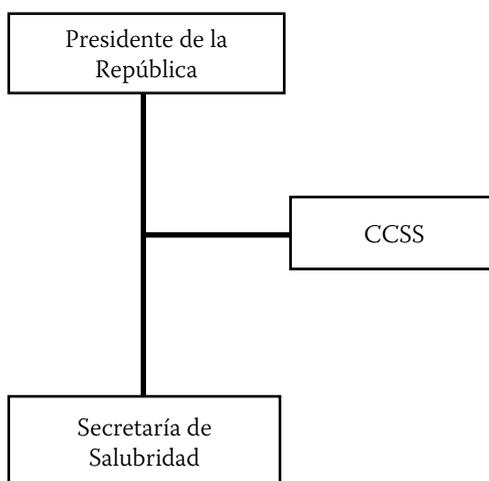
Ley de Adición del Capítulo de Garantías Sociales en la Constitución Política, 1943

Artículo 63: 'Se establecen los seguros sociales en el beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patrono y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, muerte y demás contingencias que la Ley determine. La administración y el gobierno de los seguros estarán a cargo de una institución autónoma denominada Caja Costarricense de Seguro Social'.

Fuente: Mohs (1983, p. 45); C. R. Leyes y decretos. Ley de adición del Capítulo de Garantías sociales a la Constitución Política n.º 24; La Gaceta n.º 147 (7 de julio de 1943).

Las figuras 1.1 y 1.2 ilustran los cambios a nivel del sector salud que se realizan en Costa Rica entre 1941 y 1943: primeramente, la CCSS queda como oficina adscrita al Poder Ejecutivo y, luego, se desliga de este para convertirse en institución autónoma. La Figura 1.3 presenta el organigrama en la manera en que fue propuesto por la Liga de las Naciones, según el Informante 7, citado anteriormente.

FIGURA 1.1
Organización del Sector Salud (1941)

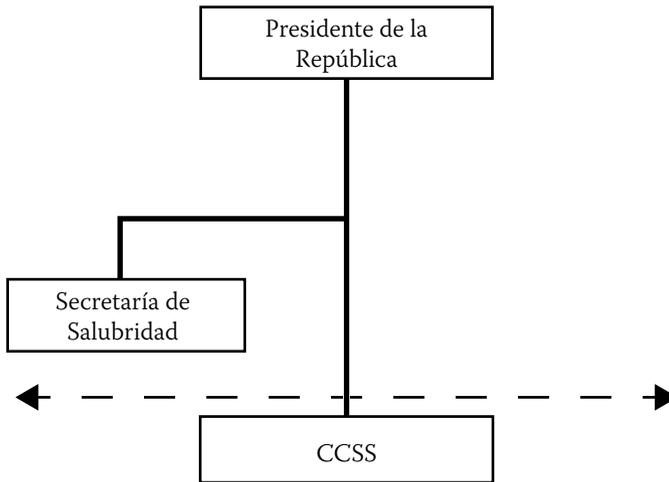


Fuente: elaboración propia.

Las consecuencias de las diferencias estructurales representadas por las figuras 1.2 y 1.3, aparentemente, no atrajeron la suficiente atención de Figueres cuando planteó la reforma constitucional de 1949. Para él, la prioridad era la universalización de los seguros sociales, lo que, como se describió anteriormente, en aquel momento no se logró. Sin embargo, la diferencia entre las dos propuestas organizativas ha resultado importante en los procesos de la gestión de la política costarricense, porque el ahora Ministerio de Salud quedó sin autoridad con respecto a la fiscalización de los servicios públicos de salud, la que siempre había tenido.

FIGURA 1.2

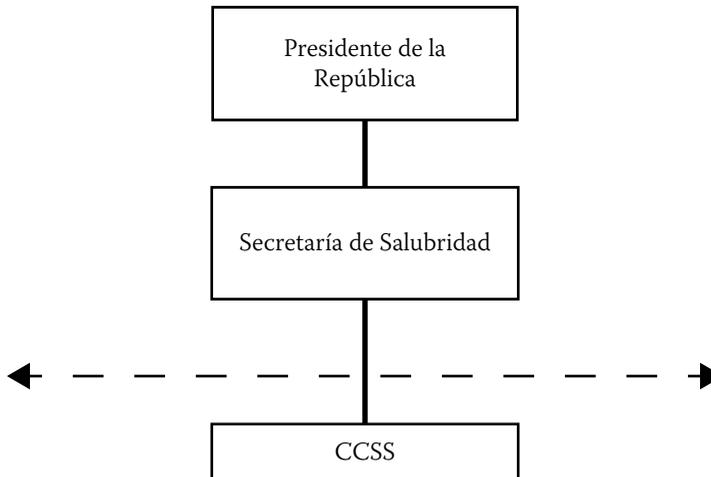
La conversión de la CCSS en institución autónoma (1943)



Fuente: elaboración propia.

FIGURA 1.3

La idea de la Liga de las Naciones, según Informante 7



Fuente: elaboración propia.

Los cuadros 1.3 y 1.4 presentan los artículos 50 y 73 tal y como quedaron incorporados en la nueva Constitución Política de 1949.

CUADRO 1.3

Constitución Política de 1949, Título V
Derechos y Garantías Sociales, Artículo 50

Artículo 50: El Estado procurará el mayor bienestar a todos los habitantes del país, organizando y estimulando la producción y el más adecuado reparto de la riqueza.

Fuente: Constitución Política de la República de Costa Rica (1949).

CUADRO 1.4

Constitución Política de 1949, Título V
Derechos y Garantías Sociales, Artículo 73

Artículo 73: Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine.

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

No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos ni las reservas de los seguros sociales.

Fuente: Constitución Política de la República de Costa Rica (1949).

Es notable que, a diferencia de la reforma constitucional de 1943, la nueva Constitución no haga mención explícita a la CCSS. Según Jara, la Junta Fundadora de la Segunda República no elimina el Seguro Social ni otras de las reformas iniciadas por los presidentes Calderón y Picado; empero, sí omite la referencia explícita a la Caja. Según el autor, esto puede reflejar la incertidumbre sobre el futuro de la institución al interior de la Constituyente. Asimismo, podría sugerir la vigencia de la idea de que las Juntas de Protección Social podían asumir la labor de protección de los seguros sociales, sin una participación tan abierta del Poder Ejecutivo como la que existía en la CCSS, es decir, como verdaderas “instituciones autónomas” (Jara, 2002).

Sin embargo, en mayo de 1962, sí se reformó el Artículo 73 en el cual se vuelve a encargar los seguros sociales a la CCSS y su plena autonomía según la reforma de 1943. Unos años más tarde, en 1968, una siguiente reforma constitucional agrega los artículos 188 y 189. Con estos, nuevamente se retira la autonomía de gobierno a las instituciones autónomas, en particular las instituciones aseguradoras del Estado, entre otras, como se demuestra en el Cuadro 1.5.

CUADRO 1.5

La reforma constitucional de 1968 al Artículo 188

Artículo 188: Las instituciones autónomas del Estado gozan de independencia administrativa y están sujetas a la ley en materia de gobierno. Sus directores responden por su gestión. (Así reformado por Ley n.º 4123 de 31 de mayo de 1968)

Artículo 189: Son instituciones autónomas:

1. Los Bancos del Estado;
2. Las instituciones aseguradoras del Estado;
3. Las que esta Constitución establece, y los nuevos organismos que creare la Asamblea Legislativa por votación no menor de los dos tercios del total de sus miembros.

Fuente: Constitución Política de la República de Costa Rica (con sus reformas) (1949).

Como la reforma no cambia el Artículo 73 de la Constitución, entonces no contempla a la CCSS (Arias, 1994). Además, la reforma no deroga el Artículo 8 de la Ley Constitutiva de la CCSS de 1943. Por estas razones, con respecto a la posición de la CCSS dentro del sector salud, la reforma más bien crea inconsistencia y ambigüedad jurídica. Esto, a lo largo de la historia, ha afectado los procesos de la coordinación sectorial y gobernanza del sector salud costarricense de manera significativa.

Consolidar la relación entre organizaciones médicas y la CCSS

Antes de cerrar este capítulo, se presenta un breve análisis del papel de las organizaciones médicas en el proceso de la universalización de los servicios de salud en Costa Rica. Como fue señalado previamente, su papel inició con una rotunda oposición que se suavizó con los años, hasta llegar a un punto en que las organizaciones se convierten en actores que representan intereses múltiples y cambiantes.

Al comenzar la década de 1940, cuando creció el interés por parte del Poder Ejecutivo de universalizar los servicios de la CCSS, la oposición por parte de los médicos le obligó a buscar formas de acomodar sus demandas. Como ya se ha mencionado, esas demandas se canalizaron a través de la Unión Médica Nacional fundada en 1944.

De la negociación con los médicos, resultó que se les permitiera mantener sus consultorios privados, aun cuando trabajaban para la CCSS. Como consecuencia, la CCSS debe pagar, hasta el día de hoy, la dedicación exclusiva;³ quienes no reciben este pago extra tienen derecho a trabajar en ambos espacios, es decir, en el sector público

3 La “dedicación exclusiva” implica que el médico se compromete de manera formal a trabajar únicamente para la CCSS, con lo que pierde el derecho de la “dedicación no-exclusiva”; es decir,

y privado simultáneamente. Un informante afirma que esta configuración es todavía una situación beneficiosa para muchos médicos porque, aunque en el sector privado es posible que se gane más,

el sector privado en Costa Rica no está tan desarrollado tecnológicamente, ni en el estilo de trabajo como lo tiene la Caja. Ahí tenemos tecnología mucho más elevada que en el sector privado. Tenemos trabajos como sesiones en equipo que retroalimentan mucho, hay sesiones académicas que dan una ventaja a los que están aprendiendo trayendo información nueva. El sector público le da a usted oportunidad de irse un mes al año a estudiar a cualquier lado y le pagamos el salario; en el sector privado si usted se va, paga la consulta y tiene que alimentarse solo. En el sector público le dan algunas ventajas como que tiene 30 días naturales y en el sector privado no. Yo conozco médicos que están dedicados solo a lo privado que me dicen, mire doctor, yo cometí un error al haber salido de la Caja, yo debí haberme quedado al menos 4 horas porque cada vez que me salgo de vacaciones o que me enfermo, hay una crisis familiar (Informante 4).

Según otro informante, y posiblemente relacionado con los beneficios recibidos por la profesión médica, con el fortalecimiento de la CCSS durante 1950 y 1970, se construyó una relación de mutuo beneficio entre el gremio médico y la CCSS. Previo a esto, trabajar para la CCSS no era fácil: “esos años fueron años muy duros, realmente trabajar en el Seguro Social no era ninguna distinción ni ninguna ventaja. Rápidamente surgió el comentario que ahí trabajaban los médicos [...] que no conseguían tener su consultorio privado” (Informante 7). Sin embargo, con el tiempo, los que regresaban al país después de sus estudios en Europa o América Latina se daban cuenta de que la CCSS representaba una fuente de trabajo. Además, a quienes habían conocido los seguros sociales en otras partes, no les parecía una mala idea:

El Seguro Social necesitaba médicos, y uno después de que hacía el internado y el servicio social, el Colegio de Médicos le daba el cartoncito y ya estaba uno por su cuenta. Ir a abrir consultorio podía ser que le fuera bien o no le fuera bien. En cambio, el Seguro Social contrataba a los médicos por las horas que uno quisiera darle, así empezó a desarrollarse el Seguro Social (Informante 7).

A lo largo del tiempo, el derecho a la “dedicación no-exclusiva” resultaba cada vez más beneficioso para los médicos. Jara afirma que los médicos costarricenses que retornaban de sus estudios en el extranjero para cumplir con los requisitos del Colegio de Médicos y Cirujanos, colegio profesional ya desde 1940, tenían que pasar una serie de exámenes y realizar un año de servicio social en las unidades sanitarias del Ministerio de Salubridad (Colegio de Médicos y Cirujanos, 2014). Aún en servicio social, los médicos solían abrir su consultorio privado en la zona donde fueron enviados (Jara, 2002).

de trabajar tanto en la CCSS como en el sector privado. El compromiso de la dedicación exclusiva da derecho a un aumento salarial.

Entre los médicos establecidos, lo común era trabajar unas horas diariamente por un salario simbólico en los hospitales y luego salir a sus consultorios privados. Una gran parte de los consultorios se ubicó cerca de los hospitales públicos para facilitar estas prácticas. Los que trabajaban días completos eran los internos, los demás trabajaban al máximo dos horas por día (Jara, 2002).

Algunas de esas prácticas continúan siendo comunes en la actualidad, dado el estatus que han adquirido los médicos dentro de la CCSS:

Lo que pasa es que en esta institución se le ha dado mucho estatus al médico. Los médicos dentro de la Caja casi son intocables. Los médicos pueden llegar a las 10 de la mañana y no pasa nada, pero si llega el misceláneo, si llega el trabajador social, si llega el oficinista a las 10, lo devuelven, lo suspenden 4 días, pero si llega el médico, no. Si se fue a las 12, a la 1 de la tarde, no sucede nada, no es lo mismo. No es el mismo trato que se les da a los profesionales en medicina como se le da al resto de trabajadores de apoyo que hay en la institución. El médico tiene privilegios. Hay un departamento que se llama Contraloría de Servicios, que es el garante que se les brinde una buena atención a los usuarios. Y no solo es eficiencia en cuanto a calidad, sino eficiencia en cuanto a horarios, todo. Eficiencia es eficiencia. En cambio, acá no; acá... hay mucha tolerancia en cuanto a los médicos (Informante 18).

El desarrollo de las organizaciones médicas continuó durante las décadas de 1950 y 1970. En 1951, se creó el Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas de la CCSS (SIPROCIMECA) (Jara, 2002). En el mismo año, comenzó a funcionar la Sección de Personal a nivel de la CCSS. Esta sección, “intentaría uniformizar y regular las relaciones laborales y escalas salariales de todos los empleados de la Caja. Estos proyectos de regulación fueron constantes a lo largo del período y sujetos a fuertes debates” (Jara, 2002, p. 27).

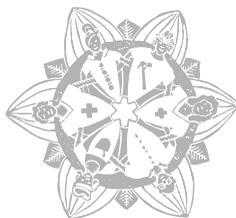
Según el autor, el crecimiento de los servicios médicos de la CCSS permitía el desarrollo de un ambiente laboral cada vez más profesional. Con el aumento en la cobertura, los médicos comenzaron a tener contratos por tiempo completo; así, la institución se convirtió en una opción de trabajo atractiva. Además, “la diferencia entre los servicios de la CCSS y los de las Juntas de Protección Social en lo referente a recursos materiales era enorme” (Jara, 2002, p. 27). Por tal razón, los médicos comenzaron a preferir trabajar para la CCSS.

Una nueva huelga en 1966 resultó en la adopción del Estatuto Médico Nacional que regulaba este campo laboral (Jara, 2002). Según el autor, con la consolidación de la CCSS también se consolida el gremio médico. En suma,

el crecimiento de los servicios de salud de la CCSS crea un nuevo ámbito de trabajo para los médicos como empleados del Estado, lo cual fortalece sus condiciones de empleo y organización laboral. Se crea así una dependencia de gran parte del gremio

médico de la estructura del Estado Benefactor y éste a su vez construye una estructura lucrativa para las finanzas estatales a través de los servicios públicos de salud (Jara, 2002, p. 32).

En otras palabras, con la consolidación de la CCSS, el gremio médico se convierte en un actor importante para su sostenibilidad. En ciertos momentos, sus intereses tal vez no se alinearan directamente con los de la institución, por ejemplo cuando se armaban movimientos industriales para obtener mejores condiciones laborales; empero, en otras ocasiones sí se reforzaban entre ambos, por ejemplo en su lucha contra las propuestas orientadas a la privatización de los servicios médicos que se desarrollaban, en particular, a partir de la década de 1980. Asimismo, como lo señala Jara, y como se analiza más adelante, el crecimiento de los servicios de la CCSS le daba al Estado acceso a nuevos fondos. Aun cuando la institución fue establecida como autónoma para evitar que estos fondos fuesen utilizados por fines ajenos a los acordados, en varios momentos a lo largo de la historia esto sí ha ocurrido.



ACERCA DE LOS AUTORES

JORINE MUISER

Nació en Ámsterdam, Holanda, el 13 de noviembre de 1960. Estudió ciencias pedagógicas, se centró en el papel de los sistemas educativos en América Latina, en general, y en Costa Rica, en particular. También estudió lengua y literatura española, con énfasis en literatura centroamericana. Ambos estudios fueron realizados en la Universidad de Ámsterdam.

Posteriormente, Muiser trabajó para diferentes organizaciones no gubernamentales en Holanda, Nicaragua, Mozambique y Uganda, en temas de desarrollo social y salud comunitaria. En 2004, finalizó su maestría en Gestión de Sistemas y Políticas de Salud en la London School for Hygiene and Tropical Medicine en Inglaterra. Luego, trabajó en la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Ginebra, donde se desempeñó como analista de sistemas financieros de salud. En 2007, inició el doctorado en Gobierno y Políticas Públicas de la Universidad de Costa Rica (UCR), del que se graduó en 2016. La tesis sobre la gobernanza del sector salud costarricense posreforma es la base de este libro.

Durante la elaboración de su tesis, participó como investigadora asociada de la UCR en varios proyectos, con lo que realizó diferentes publicaciones, y trabajó como profesora invitada en la UCR y en la Universidad Nacional. El tema de sus clases siempre fue análisis de sistemas y políticas de salud.

HORACIO CHAMIZO GARCIA

Nació en La Habana, Cuba, el 16 de febrero de 1968. Estudió Ciencias Geográficas en la Universidad de La Habana y una maestría en Salud Pública en la Escuela Nacional de Sanidad de España. Es doctor en Gobierno y Políticas Públicas, graduado en la UCR. Ha trabajado como académico en el Instituto de Geografía Tropical del Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente en Cuba y en la UCR, cuenta con treinta años ininterrumpidos de experiencia.

Chamizo Garcia ha participado en numerosos proyectos nacionales en distintos países, en los cuales ha expuesto acerca de epidemiología ambiental y análisis de políticas de salud y ha publicado decenas de artículos en revistas científicas y en libros académicos. Se vincula como estudioso a la realidad sanitaria costarricense desde hace más de veinte años, cuando se radicó en el país, como investigador asociado al Programa de Investigación en Políticas de Salud de la Escuela de Salud Pública, primero, y, posteriormente, como docente e investigador, profesor catedrático en la Escuela de Tecnologías en Salud de la Facultad de Medicina de la UCR.

Esta es una
muestra del libro
en la que se despliega
un número limitado de páginas.

Adquiera el libro completo en la
Librería UCR Virtual.

LIBRERÍA
UCR

VIRTUAL

El sistema de salud de Costa Rica es reconocido a nivel nacional e internacional por estar sustentado en la solidaridad, la equidad y la sostenibilidad, y por estar inspirado en la atención primaria en salud y en la cobertura universal; la configuración actual ha sido un proceso en el que la sociedad ha compartido ideales y retos por más de ochenta años [...].

La documentación detallada y con bisturí sobre las debilidades para el liderazgo en salud [de este análisis] también develan un debilitamiento de todo el aparato estatal y deja claro que su reforzamiento no es solo del ente rector sanitario, sino de todo el sistema político del país [...].

María del Rocío Sáenz Madrigal

Gobernanza del sector salud costarricense pos-reforma propone un análisis histórico de la construcción del sistema de salud costarricense desde la perspectiva epistemológica neoinstitucionalista, en la cual se incorpora la noción de gobernanza sistémica.


EDITORIAL
UCR


BICENTENARIO
INDEPENDENCIA
COSTA RICA

ISBN 978-9968-46-991-3



9 789968 469913