

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXVIII

EPOCA V

Núms. 115-116

ENERO - ABRIL

1979

MEXICO, D.F.

PUBLICACION BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO
DE SEGURIDAD SOCIAL

ORGANO DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS
DE SEGURIDAD SOCIAL

EPOCA V

SEGURIDAD SOCIAL Núms. 115-116

AÑO XXVIII

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

Reuniones en
San José, Costa Rica 6 a 10 Noviembre 1978



**XXIII REUNION
COMITE PERMANENTE
INTERAMERICANO
DE SEGURIDAD
SOCIAL**

**VI CONGRESO
AMERICANO
DE MEDICINA
DE LA
SEGURIDAD SOCIAL**

**COMISIONES REGIONALES
AMERICANAS DE SEGURIDAD SOCIAL:**

VI JURIDICO SOCIAL

IX MEDICO SOCIAL

VII DE ORGANIZACION Y SISTEMAS ADMINISTRATIVOS

GRUPO DE TRABAJO DE ACTUARIOS Y ESTADISTICOS



	Pág.
— LA EXTENSION DE LA COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL. Ponente: Oficina Panamericana de la Salud	241
— LA EXTENSION DEL CAMPO DE APLICACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y ESQUEMA DE ORGANIZACION PARA LA UTILIZACION DE LOS RECURSOS EN LAS PRESTACIONES MEDICAS. Ponente: Caja Costarricense de Seguro Social.	289
IX REUNION DE LA COMISION REGIONAL AMERICANA MEDICO SOCIAL	391

**VI CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA
DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

PONENCIAS

**LA EXTENSION DEL CAMPO DE APLICACION DE LA SEGURIDAD
SOCIAL Y ESQUEMA DE ORGANIZACION PARA LA UTILIZACION
DE LOS RECURSOS EN LAS PRESTACIONES MEDICAS**

Ponente:

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

San José - Costa Rica

1978

CONTENIDO

1. Síntesis del Desarrollo de la Seguridad Social en Costa Rica.
2. La extensión del campo de aplicación de la Seguridad Social.
 - 2.1 Cobertura territorial.
 - 2.2 Extensión de la cobertura.
 - 2.3 Cobertura de la población.
 - 2.4 Rompimiento de topes.
 - 2.5 Cobertura de servicios.
 - 2.6 Cobertura de nuevos grupos.
3. Esquema de organización para la utilización de los recursos en las prestaciones médicas.
 - 3.1 Proceso de integración.
 - 3.2 Traspaso de hospitales a la Caja.
 - 3.3 Esquema de organización.
4. Prestación integral en el otorgamiento de los servicios de salud.
5. Proceso y culminación de la etapa de desarrollo institucional para la extensión del campo de aplicación.
6. Recursos humanos y financieros.
 - 6.1 El papel de los recursos humanos en el proceso de universalización de los Seguros Sociales.
 - 6.2 Programa de servicio voluntario.
 - 6.3 Desarrollo de recursos humanos.
 - 6.4 Organización de los recursos docentes de la Caja en el área médica y paramédica.
 - 6.5 Recursos financieros.
7. Coordinación del sector salud.
8. Conclusiones.

Documento preparado por:

Dr. Luis Asís Beirute,

Lic. Jorge Rodrigo Cubillo Moya,

José Alejandro Zamora Mata.

1. Síntesis del desarrollo de la Seguridad Social en Costa Rica

Para una síntesis del desarrollo del Seguro Social en Costa Rica debemos destacar la decisión política que provocó la universalización de los Seguros Sociales, el marco legal para el proceso de integración de los servicios hospitalarios bajo la administración del Seguro Social y la cobertura de nuevos grupos.

La ley que crea los Seguros Sociales en el país es la N° 17 del 1° de noviembre de 1941. Los principales acontecimientos y desarrollo del Seguro Social Costarricense se analizan someramente partiendo de esta época hasta el presente año de 1978.

1941 - 1961

Durante los dos primeros años de su existencia, la Caja estuvo en una etapa de organización, emisión de reglamentos y divulgación. En 1943, el 23 de octubre se dicta una nueva ley, la N° 17 que con sus reformas, es la vigente en nuestros días.

El primer régimen implantado fue el de Enfermedad y Maternidad que comenzó a prestar servicios el día 17 de noviembre de 1941.

Desde sus inicios se aplicó el principio de extensión gradual. Se dispuso a partir del 1° de septiembre de 1942 la implantación del Seguro de Enfermedad y Maternidad para el área metropolitana y las principales cabeceras de provincia, con carácter obligatorio para los trabajadores con salario inferior a ₡400.00 (cuatrocientos colones) por mes. En esta primera extensión interesa destacar que se llevó a cabo en las regiones urbanas más densamente pobladas del país, y la protección fue la directa (sin beneficio familiar), situación que prevaleció por más de dos décadas.

Entre 1944 y 1947 se extiende el Seguro de Enfermedad y Maternidad con protección familiar a una importante área del Valle Central que reviste características de población rural.

El 1° de enero de 1947 entró en vigencia el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte. Su cobertura ha sido menor que la del Régimen de Enfermedad y Maternidad por cuanto no protege a los trabajadores manuales agrícolas y a ciertos grupos del sector del Estado que conservan regímenes de jubilación especiales.

Al finalizar la década de los 40, la Caja cubría en Enfermedad y Maternidad el 8% de la población total del país y un 23% de la población económicamente activa.

Después de un estancamiento debido a las limitaciones del tope excluyente en el Seguro de Enfermedad y Maternidad, pasando a ser obligados en este Seguro los trabajadores con salario mensual hasta de ₡1,000.00 (un mil colones); además se logró un arreglo satisfactorio de la deuda del Estado. En este mismo año se logró ampliar la protección del beneficio familiar a un importante sector de la población rural.

1961 - 1971

Decisión política para la universalización de los Seguros Sociales

Necesario es apuntar algunos antecedentes porque precisamente co-

bran vigencia aquellas metas trazadas por los fundadores, cuando se introdujo una reforma constitucional de gran importancia el 12 de mayo de 1961 por Ley N° 2738 y que impone a la Institución la obligación de lograr la universalización de los seguros sociales puestos a su cargo. Los antecedentes los podemos encontrar en los siguientes mensajes del Poder Ejecutivo al Congreso Constitucional de esa época de los años 40.

“Aun reconociendo que esta extensión (se refiere a trabajadores agrícolas) tropieza con ciertas dificultades como regiones de población poco densa o en que la agricultura aplica métodos primitivos, se incluirá a los trabajadores agrícolas tan pronto como lo permitan las condiciones.”

“Una verdadera novedad ofrece el proyecto de ley que presentamos, es la de incluir los llamados empleados particulares y los empleados públicos en una sola unidad de seguro . . . pero si pensamos que el seguro debe ir absorbiendo en el futuro a estas categorías especiales a fin de que se igualen y desaparezcan las situaciones privilegiadas que han creado algunas de esas leyes, y por otra parte haya un solo sistema de previsión . . . El plan de unificar el seguro obedece a los postulados modernos en esta materia, se trata de un esfuerzo nacional de cooperación que exige el aporte de todos los costarricenses. Hemos comprendido también en el seguro a los trabajadores a domicilio, los aprendices, los trabajadores independientes y los de servicio doméstico.”

Al finalizar la década del 51 al 61 la Caja cubría en Enfermedad y Maternidad un 18% de la población total del país y un 27% de la población económicamente activa. En Invalidez, Vejez y Muerte estaba protegido un 7% de la población total y un 8% de la población activa.

En la década de 1961 a 1971 se produce la expansión más notable de la Institución.

Entre los años 1962 a 1966 se extiende el Seguro de Enfermedad y Maternidad a zonas típicamente rurales. En 1965 se acuerda la protección familiar al Area Metropolitana, desapareciendo a partir de este momento toda forma de protección incompleta.

Simultáneamente con el desarrollo de la cobertura de los seguros, la Caja ha ido poniendo en práctica un programa de construcciones de instalaciones propias tanto de hospitales como de clínicas de consulta externa. Se contratan servicios con los hospitales que eran gubernamentales o de Juntas de Protección Social de las localidades en donde la Institución no cuenta con la infraestructura hospitalaria propia, para dar la atención a los nuevos asegurados, con motivo de la extensión horizontal.

Por Ley N° 4750 del 30 de marzo de 1971, se reforma el Artículo 3° de la Ley Constitutiva de la Caja, eliminándose de modo absoluto toda forma de tope excluyente en Enfermedad y Maternidad, constituyendo de por sí una extensión del régimen.

Antes de cumplir su tercera década (1961-1971), la Caja cubre en el Seguro de Enfermedad y Maternidad un 38% de la población activa del país, un 45% de la población total y un 60% de la población asalariada. En Invalidez, Vejez y Muerte cubre un 28% de la población total y un 24% de la población activa.

*Marco legal para el proceso de integración de los hospitales
bajo la administración del Seguro Social*

La decisión política para la extensión de la prestación médica de la Seguridad Social a todos los costarricenses.

“La Caja Costarricense de Seguro Social deberá realizar la universalización de los diversos seguros puestos a su cargo, incluyendo la protección familiar en el régimen de Enfermedad y Maternidad en un plazo no mayor de diez años ...” (Ley N° 2738 del 12 de mayo de 1961).

La existencia de múltiples instituciones y organismos encargados de atender la salud en Costa Rica, con duplicaciones, omisiones y falta de coordinación y de programas unitarios, generó la política de integración sectorial después de fracasar durante muchos años la de coordinación para implementar la política sectorial de proteger a toda la población con servicios integrales indiferenciados.

En marzo de 1971 se promulgó la Ley N° 4750 que modifica el artículo 3° de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, regula la universalización por etapas y autoriza a la Institución a coadyuvar en la atención de los indigentes, de riesgos y accidentes profesionales y en los programas de medicina preventiva.

En septiembre de 1973 se promulgó la Ley N° 5349 (III etapa) que amplía los recursos materiales, humanos y financieros del Seguro Social para que extienda sus servicios a toda la población bajo un solo servicio de atención médica integral, mediante el traspaso de capacidad física instalada y sus fuentes de financiamiento, y la obligación de atención de población asegurada y no asegurada. La ejecución fue bastante conflictiva por la beligerancia de los sindicatos de los trabajadores cuyos intereses se vieron afectados, y actualmente el único hospital público que no ha sido traspasado es el Doctor Carlos Luis Valverde de San Ramón. Esta Ley fue complementada con la N° 5541 que regula la situación de los trabajadores de los establecimientos traspasados. Lo anterior permitió ampliar la cobertura legal del Seguro Social, aproximadamente al 79.5% de la población en la actualidad.

En octubre de 1973 se promulgó la Ley General de Salud que define un sistema regulador de las actividades de los individuos, empresas y Estado en el campo de la Salud.

GRAFICO N° 1

Responsables en la atención médica en Costa Rica en el sector público.



Riesgos Profesionales a cargo del Instituto Nacional de Seguros es responsable únicamente con un Centro de Salud en San José (Capital).

En noviembre de 1973 se promulgó la Ley Orgánica del Ministerio de Salud que determina la organización estructural y funcional de los servicios institucionales, y cuya ejecución también fue conflictiva por afectar los intereses de múltiples trabajadores. Las dos direcciones Generales, de Salubridad y Asistencia Médico Social, se integraron en una sola Dirección General de Salud. Se integró por lo tanto todo el personal bajo un solo Reglamento de Trabajo vigente desde noviembre de 1974. Se integraron los servicios de estadística, transportes, publicaciones, personal, abastecimiento y en menor grado contabilidad.

Al delegar el Ministerio en el Seguro Social la responsabilidad de la atención médica en los niveles superiores, concentró sus esfuerzos en un proceso complementario orientado a:

- a) Desarrollar aceleradamente un nivel básico de atención, mediante el establecimiento de una infraestructura de servicios atendida por personal auxiliar en todas aquellas áreas rurales carentes de servicios, estrategia llamada Programa de Salud Rural, que actualmente tiene 251 puestos de salud en servicio.
- b) Desarrollar aceleradamente una estrategia similar en las áreas urbanas marginadas, reforzando los centros de salud del nivel de Atención Médica General con personal auxiliar que proyecta los servicios a las propias comunidades. Esta estrategia, denominada Programa de Salud Comunitaria.

La universalización de la Seguridad Social con fortalecimiento e integración de los niveles superiores de atención médica, y el desarrollo acele-

rado de los niveles básicos de atención integral, son complementados por un proceso de creciente coordinación interinstitucional que busca unidad de objetivos, de políticas y de estrategias. (Ley N° 5525 de Planificación Nacional.)

La etapa actual constituye el replanteamiento de la problemática del sistema. (IV etapa.)

2. La extensión del campo de aplicación de la Seguridad Social

Conforme a las disposiciones legales y constitucionales en que tiene asidero nuestro sistema de seguridad social, su "Campo de Aplicación" ha de cubrir a los trabajadores asalariados y a los trabajadores independientes. Interpretada esta concepción en su forma más amplia, significa protección a la población económicamente activa y a través de ella, a su proyección en la población pasiva. Pero hemos ido más allá, y ahora cuando entramos en el campo de aplicación de la Seguridad Social en nuestro país, nos encontramos que existen: grupos de asalariados, grupos de no asalariados y grupos que no son ni una cosa ni la otra. Estos son los tres tipos de usuarios que consideran ahora nuestros reglamentos:

- a. Asegurados asalariados.
- b. Asegurados no asalariados.
- c. Asegurados a cargo del Estado.

Lo anterior nos dice que se piensa en la población de Costa Rica como un todo. Sobre esta base se busca hacer realidad el concepto de que todos los costarricenses somos responsables de cada costarricense, y cada costarricense responde ante las necesidades de todos los demás. Ya no pensamos que la enfermedad, que el riesgo de trabajo, que la invalidez, son producto de la actividad concreta que se llama fábrica, empleo, etc., sino que es un riesgo que le puede ocurrir a cualquiera en cualquier momento y en cualquier lugar, trabajo o no, y que la responsabilidad es de todos.

Esto es el riesgo social. En la seguridad social de Costa Rica, todos aceptamos el riesgo de todos.

El concepto de universalización nos indica en Costa Rica, que es una serie de pasos necesarios para llegar a la seguridad social; o sea, que ambos conceptos están correlacionados. En realidad el proceso de universalización no es otra cosa que la operacionalización de la seguridad social. Para ser posible esto, el país ha evolucionado y cambiado no solamente en el campo de la salud, sino en el campo de su administración.

El 30 de marzo de 1971, la Asamblea Legislativa decretó una reforma al artículo 3° de la Ley Constitutiva de la Caja, conocida como Ley de Universalización del Seguro Social, la cual regula dicha universalización por etapas.

Etapa de extensión vertical o de ruptura de topes

Tuvo por finalidad extender el régimen de Enfermedad y Maternidad a todos los trabajadores manuales e intelectuales que ganan salario, calculando el monto de las cuotas a pagar con base en el total de las remune-

GRAFICO N° 2

EVOLUCION DE LOS SEGUROS SOCIALES EN COSTA RICA

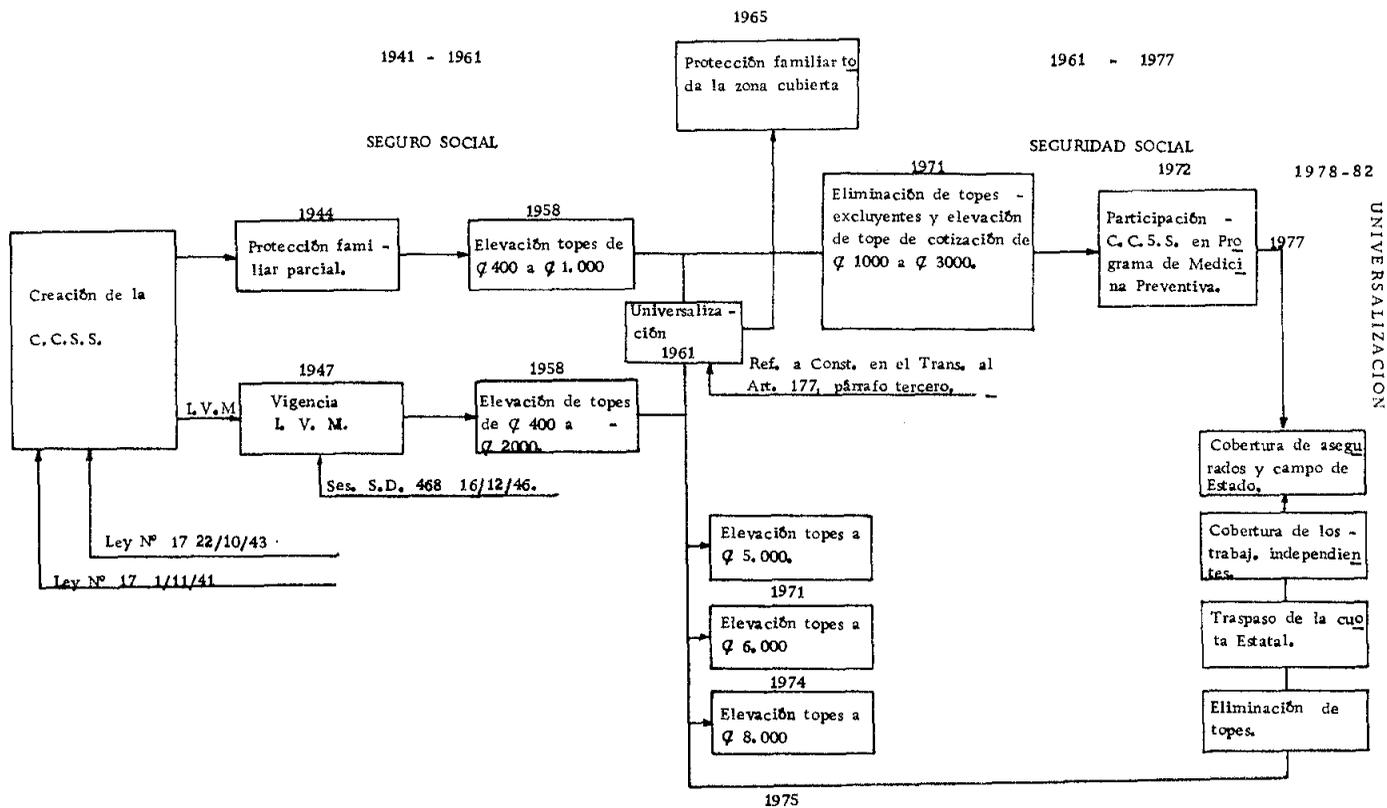
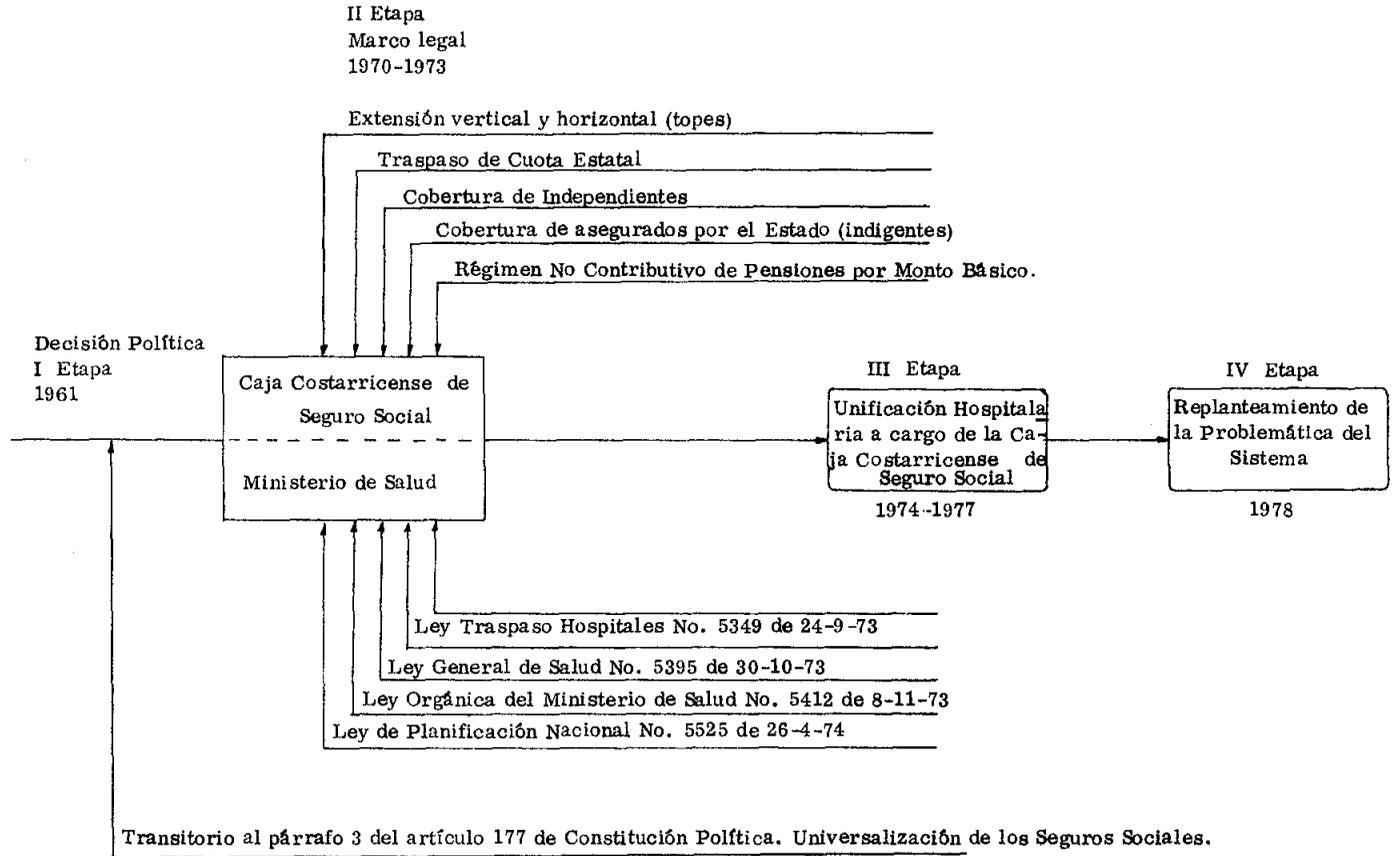


GRAFICO N° 3

PROCESO DE UNIFICACION DE SERVICIOS DE SALUD

297



raciones respectivas. Lo anterior en las zonas cubiertas por el Seguro Social, la aplicación de esta etapa fue reglamentada para realizarla por sub-etapas a manera de ir elevando progresivamente los topes, hasta que a partir del 1º de octubre de 1975 el salario total devengado llegó a ser afectado por las cotizaciones completas.

Etapa de extensión horizontal o geográfica

Tuvo por finalidad ampliar el régimen de Enfermedad y Maternidad a todas las áreas, extendiendo progresivamente sus servicios a todo el país conforme lo permitan sus recursos materiales y humanos.

Para fines del año en curso (1978) y principios de 1979, se tendrán, la infraestructura física y equipos listos para dar servicios a una región en el Pacífico Seco en donde se extenderá el Seguro Social.

Actualmente se encuentran en construcción seis hospitales periféricos, doce clínicas de consulta externa, para suministrar servicios a partir de 1979 y 1980 en otras zonas actualmente no protegidas por el Seguro Social.

Etapa de universalización

Cuyo objetivo es el de proteger bajo el régimen de Enfermedad y Maternidad a toda la población económicamente activa y sus dependientes, autorizó también a la Institución a coadyuvar en la atención de los indigentes, de riesgos y accidentes profesionales y en los programas de medicina preventiva.

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

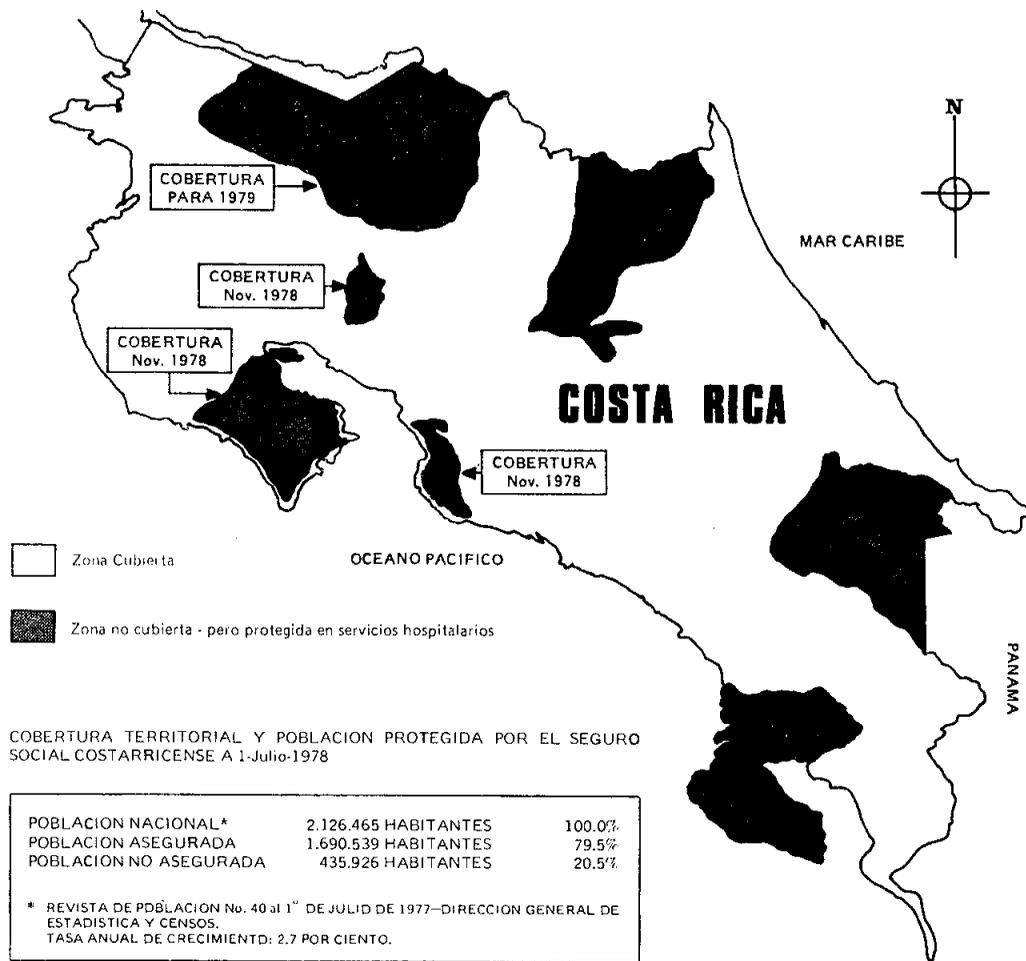
2.1 Cobertura territorial:

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

A julio de 1978 la extensión de los seguros sociales cubre un 94% del territorio nacional. Implementada la etapa de infraestructura física médico-hospitalaria, la Institución completará la cobertura territorial de nuestro país.

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

Necesario es aclarar que aun cuando no tenemos la cobertura total geográfica (ver mapa), la verdad es que desde el punto de vista de atención médica sí tenemos la cobertura total, pues las tres categorías, no asegurados asalariados, no asegurados trabajadores independientes, los indigentes de las zonas que aún no han sido cubiertas por los seguros sociales, deben de recurrir a los centros médicos del Seguro Social más cercanos de su residencia o de más fácil comunicación en donde son atendidos al igual que en el resto del país.



2.2 Extensión y cobertura de la Seguridad Social:

La política actual es la de mantener la calidad y cantidad de los servicios, introduciendo las mejoras del caso, de acuerdo con los recursos de la Institución y las necesidades de cada lugar.

En materia de extensiones a nuevos grupos de trabajadores, mantendremos la política de "puertas abiertas" para los grupos interesados, lo que ha sido característica de la Caja en los últimos años, cuya prueba fehaciente la constituye el total de asegurados por cuenta propia (trabajadores independientes) tanto de bajo como de alto ingreso, que se detalla en el cuadro N° 2. Asimismo el aseguramiento de aquellas personas que por su condición socio-económica, son incapaces de sufragar los respectivos gastos médico-asistenciales y que constituyen el contingente de "Asegurados por el Estado", como consecuencia directa del traspaso de los Hospitales de las Juntas de Protección Social y del Ministerio de Salud a la Caja.

La política para el quinquenio 1978-1982 será la misma que se menciona como política actual, salvo, como es lógico suponer, se tratará de mantener aquellos niveles de servicios que en el momento sean satisfactorios y mejorar aquellos otros que no alcanzaron tales niveles. El área territorial y el número de asegurados protegidos por la Caja serán aumentados hasta el punto de "universalización", que en su concepción original abarcará el 100% del territorio nacional y hasta donde sea posible el mismo porcentaje de los asalariados y de los trabajadores por cuenta propia.

La cobertura dependerá de la dinámica en las extensiones y la creación de nuevos regímenes de seguros para incorporar otras zonas territoriales actualmente no cubiertas esperando llegar en 1982 a completar la cobertura de la seguridad social, como se observa en el cuadro N° 1.

2.3 Cobertura de la Población:

A julio de 1978 la población nacional protegida dentro del Seguro de Enfermedad y Maternidad es del 79.5% y del 52.7% en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

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

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

El cuadro N° 3 y el gráfico N° 5 sintetizan la población asegurada según área geográfica: rural y urbana.

El gráfico N° 6 y cuadros N°s. 10 y 11 relacionan la población nacional según tipo y condición de aseguramiento. Cabe destacar que de acuerdo al análisis gráfico sólo un 20.47% de la población no está cubierta.

Los cuadros N°s. 4 y 5 muestran los totales de asegurados según su condición y porcentaje de cobertura de la misma con respecto a la población nacional en el período que va de 1944 a 1977.

CUADRO N° 1

SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD. EXTENSION DEL CAMPO
DE APLICACION

(En cifras absolutas y porcentajes)
1962-1982

Años	Población total	Población asegurada ¹	Porcentaje cobertura
1962	1 367 067	268 297	20
1963	1 414 910	317 087	22
1964	1 464 437	340 797	23
1965	1 515 292	415 390	30
1966	1 567 230	535 734	34
1967	1 615 480	605 754	37
1968	1 664 581	704 448	42
1969	1 710 083	779 768	46
1970	1 762 462	809 164	46
1971	1 811 290	927 736	51
1972	1 867 045	1 018 784	55
1973	1 905 338	1 158 244	61
1974	1 945 594	1 232 496	63
1975	1 986 701	1 305 875	66
1976	2 012 481	1 530 894	76.1
1977	2 061 054	1 610 095	77.1
1978	2 110 729	1 714 756	81.2
1979	2 161 520	1 823 458	84.4
1980	2 213 363	1 936 249	87.5
1981	2 266 144	2 053 126	90.6
1982	2 319 733	2 174 053	93.7

¹ Estimación por el método de regresión lineal.

FUENTE: Evaluación del censo 1973 y proyección de la población 1950-2000, Dirección General de Estadística y Censos. CELADE. Anuario Estadístico 1975, Caja Costarricense de Seguro Social.

CUADRO N° 2

TRABAJADORES INDEPENDIENTES DE ALTO Y BAJO INGRESO
SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

1977

Año	Alto ingreso ²	Bajo ingreso ¹
1976	897	32 952
1977	1 081	62 623
A mayo de 1978	1 223	72 205

¹ Bajo ingreso hasta ₡1.500 (\$175 USA) c/mes.

² Alto ingreso más de ₡1.500 c/mes.

FUENTE: Dirección Técnica de Planificación.

GRÁFICO N° 4
 CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 PROCESO DE EXTENSION DE LOS SEGUROS



FUENTE: Delegación Ejecutiva.
 Consejo Coordinador Servicios Médicos.

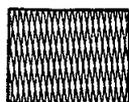
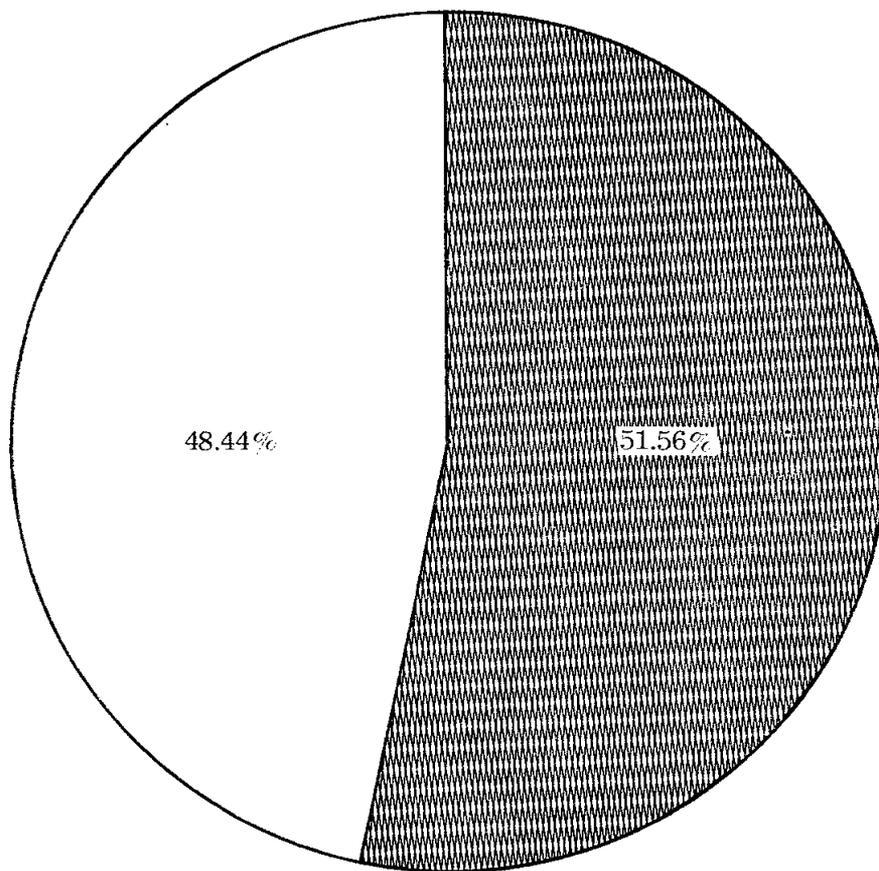
CUADRO N° 3
POBLACION URBANA Y RURAL,¹ SEGUN CONDICION DE ASEGURAMIENTO

Area geográfica	P O B L A C I O N								
	Total	Por ciento	Asegurada directa	Asegurada familiar	Otros	Asegurada total	Por ciento	Número asegurada	Por ciento
Totales	2 070 560	100.0	445 991	1 003 480	197 538	1 647 009	100.0	423 551	100.0
Urbana	840 647	40.6	216 038	486 086	95 687	797 811	43.4	20 330	4.8
Rural	1 229 913	59.4	229 953	517 953	101 851	849 198	51.6	403 221	95.2

¹ Datos al 1° de julio de 1977.

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

GRÁFICO N° 5
POBLACION ASEGURADA, SEGUN AREA GEOGRAFICA
1 9 7 7

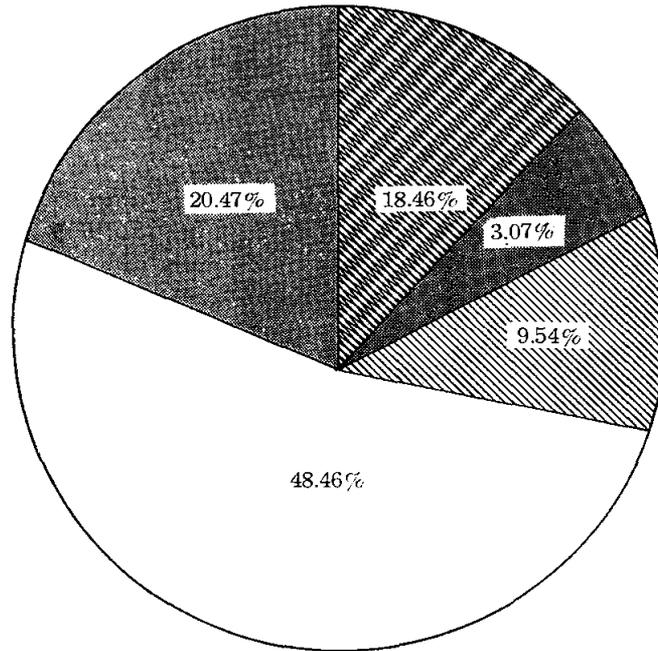


Area rural



Area urbana

GRÁFICO Nº 6
DISTRIBUCION DE LA POBLACION NACIONAL, SEGUN ASEGURADOS
ASALARIADOS, CUENTA PROPIA, FAMILIARES Y NO ASEGURADOS
1 9 7 7



Asegurados asalarados



Asegurados familiares



Asegurados por cuenta propia



No asegurados



Otros

CUADRO N° 4
SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD
POBLACION ASEGURADA, COBERTURA EN CIFRAS ABSOLUTAS Y PORCENTAJES

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)=2/6	(8)=4/5	
Años	Trabajadores asegurados *	Asegurados familiares **	Otros ***	Total de asegurados	Población nacional 0	Población económica activa 00	% Cobertura población económica activa	% Cobertura población total
1944	25 710	—	—	—	685 302	233 003	11.0	—
1945	43 472	—	—	—	704 434	239 507	18.2	—
1946	47 192	—	—	—	725 222	246 575	19.1	—
1947	50 333	—	—	—	745 924	253 614	19.8	—
1948	52 750	—	—	—	766 064	261 096	20.2	—
1949	57 398	—	—	—	788 852	268 798	21.4	—
1950	63 317	—	—	—	812 056	275 774	23.0	—
1951	65 900	—	—	—	838 084	282 434	23.3	—
1952	70 189	—	—	—	868 741	290 159	24.2	—
1953	71 876	—	—	—	971 312	297 347	24.2	—
1954	73 072	—	—	—	1 008 766	306 035	23.9	—
1955	79 290	42 813	—	122 103	1 048 512	315 133	25.2	11.6
1956	81 348	51 935	—	133 283	1 089 570	326 563	24.9	12.2
1957	84 390	58 390	—	142 741	1 131 762	335 739	25.1	12.6
1958	86 019	72 308	—	158 327	1 176 480	347 588	24.7	13.5
1959	92 215	86 265	—	178 480	1 226 895	359 802	25.6	14.5
1960	94 304	94 304	—	189 106	1 276 001	371 726	25.4	14.8
1961	105 562	119 983	—	225 545	1 320 662	384 179	27.5	17.1
1962	111 279	157 018	—	268 297	1 367 067	396 060	28.1	19.6
1963	118 374	198 713	—	317 087	1 414 910	410 898	28.8	22.4
1964	126 435	214 362	—	340 797	1 464 437	419 819	30.1	23.3
1965	131 928	319 462	—	451 390	1 515 292	430 126	30.7	29.8
1966	138 450	397 284	—	535 734	1 567 230	446 676	31.0	34.2
1967	152 346	453 408	—	605 754	1 615 480	476 567	32.0	37.5
1968	176 148	528 300	—	704 448	1 664 581	499 374	35.3	42.3
1969	194 942	584 826	—	779 768	1 710 083	513 025	38.0	45.6
1970	202 291	606 873	—	809 164	1 762 462	528 739	38.3	45.9
1971	231 934	695 802	—	927 736	1 811 290	544 210	42.6	51.2
1972	254 696	764 088	—	1 018 784	1 867 045	560 114	45.5	54.6
1973	289 561	868 683	—	1 158 244	1 905 338	590 655	49.0	60.8
1974	308 124	924 372	—	1 232 496	1 945 594	603 134	51.1	63.3
1975	326 923	980 769	—	1 307 692	1 993 784	618 073	52.9	65.6
1976	389 813	877 079	181 340	1 448 232	2 044 237	633 556	61.5	71.0
1977	445 991	1 003 480	197 538	1 647 009	2 070 560	684 157	65.2	79.5

* Se refiere a cotizantes del régimen asalariados y por cuenta propia.

** Se usó composición familiar de 3 dependientes por asegurado directo hasta 1975. A partir de 1976 es de 2.25.

*** Pensionado I.V.M., pensionados régimen no contributivo, indigentes.

Estimadas con base en la tasa de crecimiento entre los años 1975-1976.

0 Fuente: Dirección General de Estadística y Censos-Anuario de los años respectivos.

00 Cifras estimadas con base a un análisis del comportamiento pasado de la población económicamente activa en relación con la población total del país.

CUADRO N° 5
SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE
POBLACION ASEGURADA, COBERTURA EN CIFRAS ABSOLUTAS Y PORCENTAJES
 Al 31 de diciembre - años 1974 a 1976

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)=2/6	(8)=4/5
Años	Trabajadores asegurados *	Asegurados familiares **	Total de asegurados	Población nacional	Población económica activa	% Cobertura población económica activa	% Cobertura población total
1944							
1945							
1946							
1947	12 049	36 147	36 147	745 924	253 614	4.8	6.5
1948	12 100	36 300	48 400	766 064	261 096	4.6	6.3
1949	12 156	36 468	48 624	788 852	268 798	4.5	6.2
1950	12 400	37 200	49 600	812 056	275 774	4.5	6.1
1951	13 735	41 205	54 940	838 084	282 434	4.9	6.6
1952	14 842	44 842	59 368	868 741	290 159	5.1	6.8
1953	16 105	48 315	64 420	971 312	297 347	5.4	6.6
1954	16 822	50 466	67 288	1 008 766	306 035	5.5	6.7
1955	19 663	58 989	78 652	1 048 512	315 133	6.2	7.5
1956	21 386	64 158	85 544	1 089 570	326 563	6.5	7.9
1957	22 616	67 848	90 464	1 131 762	335 739	6.7	8.0
1958	23 599	70 797	94 396	1 176 480	347 588	6.8	8.0
1959	19 902	59 706	79 608	1 226 895	359 802	5.5	6.5
1960	22 109	66 327	88 436	1 276 001	371 726	5.9	6.9
1961	40 164	120 492	160 656	1 320 662	384 179	10.5	12.2
1962	53 789	161 367	215 156	1 367 067	396 060	13.6	15.7
1963	61 827	185 481	247 308	1 414 910	410 898	15.0	17.5
1964	68 419	205 257	273 676	1 464 437	419 819	16.3	18.7
1965	73 990	221 970	295 960	1 515 292	430 126	17.2	19.2
1966	78 513	235 539	314 052	1 567 230	446 676	17.6	20.0
1967	86 669	260 007	346 676	1 615 480	476 567	18.2	21.5
1968	104 267	312 801	417 068	1 664 581	499 374	20.9	25.1
1969	114 801	344 403	459 204	1 710 083	513 025	22.4	26.9
1970	124 755	374 265	499 020	1 762 462	528 739	23.6	28.3
1971	170 187	510 561	680 748	1 811 290	544 210	31.3	37.6
1972	188 404	565 212	753 616	1 867 045	560 114	33.6	40.4
1973	218 011	654 033	872 044	1 905 338	590 655	36.9	45.8
1974	234 270	702 810	937 080	1 945 594	603 134	38.8	48.2
1975	290 419	869 631	1 160 050	1 993 784	618 073	47.0	58.2
1976	316 397	711 893	1 028 290	2 044 237	633 556	49.9	50.3
1977	336 037	756 083	1 092 120	2 070 560	684 157	49.2	52.7

* Se refiere a trabajadores asalariados y por cuenta propia.

** Se usó composición familiar de 3 dependientes por asegurado directo hasta 1975. A partir de 1976 es de 2.25. Estimadas con base en la tasa de crecimiento entre los años 1975-1976.

CUADRO N° 6

SINTESIS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

Financiación	Riesgo	Plazos de espera	Prestaciones en dinero	Beneficio familiar	Se consideran familiares del asegurado:	Requisito para derecho al beneficio familiar	El beneficio familiar no da derecho a:
El Seguro de Enfermedad y Maternidad se financia así:	<u>Enfermedad:</u>	Cotización en el mes anterior a aquel en que se solicitan los servicios.	En caso de incapacidad, el 50% del salario con base en lo devengado por el trabajador, según las planillas pagadas a la Caja. Se toma para estos efectos lo que más beneficie al asegurado: el mes anterior o los dos o tres anteriores, según sea el caso: Traslado y hospitalización; libre elección médica por emergencia; ayuda de un 75% para el pago de accesorios médicos y aparatos ortopédicos con un máximo de	<u>Comprende:</u>	- Su esposa.		- Libre elección médica.
Contribución tripartita-patronos, trabajadores y Estado.	- Asistencia médica general, especial y quirúrgica.	Cotizaciones de por lo menos tres meses en los seis anteriores al inicio de la enfermedad que motivó la muerte, o al momento en que ésta se produce si no la precedió enfermedad alguna.		- Asistencia médica general, especial y quirúrgica.	- Hijos menores de cualquiera de los cónyuges y los menores de padres no casados que vivan en posesión notoria de estado hasta los 18 o 22 años, si cursan estudios de enseñanza media, universitaria o técnica, todo a juicio de la Caja.		- Odontología con excepción de las extracciones que sí se hacen.
El aporte se hace mensualmente deduciendo la cuota correspondiente de las planillas que pagan los patronos y el Estado; enterando a la Caja el patrono que está facultado para retener	- Asistencia hospitalaria.	Cotización en tres meses dentro de los seis anteriores al parto.		- Asistencia hospitalaria.	- La madre natural o adoptiva.	- No ejecutar trabajo asalariado y depender totalmente en lo económico del asegurado directo.	- Pago por concepto de sepelio.
	- Servicio de Odontología.			- Servicio de farmacia.			- Pago por prótesis dentales.
	- Prestaciones sociales.			- Traslados y hospedajes, en casos de emergencia.			- Subsidios por concepto de incapacidad.
	- Subsidios en dinero.						
	- Cuota de sepelio.			Asistencia obstétrica para la esposa o compañera			
	<u>Maternidad:</u>	Cotización de por			- El padre mayor de 65 años o inválido.		

trabajadores
la cotización
establecida.

- Asistencia
obstétrica.

lo menos seis
meses de los
12 anteriores
al parto.

¢50; ayuda para
anteojos y lentes
de contacto.
Cuota de sepelio.

del asegu-
rado.

- El esposo
inválido que
dependa
económicamen-
te de su esposa.
- Los hijos
inválidos, sin
limitaciones de
edad.

Estos son los
porcentajes de
la cuota
mensual:

- Asistencia
láctea.

- Subsidios
en dinero.

Pago de ¢350 a
quien compruebe
haber hecho los
gastos del sepelio.

Patronos:
6.75%.

Trabajadores:
4%.

Estado:
0.25%.

Se extiende
incapacidad
30 días antes y
30 días después
del parto.

Se paga el 50%
del salario del
último mes
anterior a la
incapacidad que
se hubiere
reportado en
planillas a la
Caja, o se hará
el promedio de
los últimos tres
salarios, conforme
se favorezca
más a la
asegurada.

- Hermanos
menores de 18
o 22 años de
edad que cursan
estudios de
enseñanza
media,
universitaria o
técnica y sean
solteros, y los
inválidos, sin
límite de edad.
- A falta de
esposa, previo
estudio del
caso, se otorga
el beneficio a
la compañera.

Nota: Los asegurados que disfrutan de pensión de Invalidez, Vejez y Muerte, Régimen No Contributivo o cualquiera otro Régimen de Pensiones del Estado, no tienen derecho alguno al cobro de subsidios en casos de enfermedad, por cuanto no obstante la incapacidad, su pensión no sufre mengua. Todos los pensionados del país y sus familiares inscritos, tienen derecho al Seguro de E. y M., y a las pensiones derivadas de ésta.

CUADRO N° 7
SINTESIS DEL SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE

REQUISITOS (3)						BENEFICIOS (4)			
FINANCIACION (1)	RIESGO (2)	Conservación de derechos	Plazos de espera	Edades	Porcentaje de invalidez	Porcentaje de depen- dencia eco- nómica	Pensiones	Indemniza- ciones	Otras prestaciones
El Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, en general se financia con: 1) La contribución a base de cuotas pagadas por los trabajadores, patronos y el Estado en su condición de tal y de Patrono. Dichas cuotas se deducen mensualmente de las planillas que pagan los patronos y el Estado, en su condición de tal y de Patrono, así: 2.50%, los trabajadores; 4.75%, los patronos; 0.25% el Estado en su condición de tal. 2) Las cuotas de los	A) IN- VALIDEZ	El asegurado que deja de cotizar, conserva los derechos así:					Calculadas así: Sobre salario promedio, 48 salarios más altos de los últimos diez años. 1.5% por cada año cotizado. 70%, primeros ₡300; 50%, ₡300; 40%, terceros ₡300; 35%, exceso de ₡900.	—	Además de las indicadas, los pensionados tienen derecho a: 1) Servicios médico-hospitalarios en general. 2) Prestaciones en dinero, como: a. Cuotas de sepelio. b. Ayuda para la compra de accesorios médicos. c. Ayuda para compra de anteojos. d. Traslados y hospedajes.
		1) Si cotizó hasta 139 cuotas: $\frac{1}{8}$ del tiempo cotizado. 2) De 139 a 159: la mitad. 3) De 160 a 179: $\frac{3}{8}$ 4) Con 180: indefinido.	36 cuotas mensuales como mínimo	Cualquiera.	$\frac{3}{8}$	—			
	B) VEJEZ	Imprescriptible.	300 cuotas a los 60 años. Por cada mes más de esa edad que tenga el asegurado se exigirán tres cuotas menos hasta los 65 años con 120 cuotas.	Más de 60 años.	—	—	Sobre el monto que resulte de aplicar los porcentajes anteriores, se aplica 0.5% por cada mes de posposición. Pensión básica + posposición = Pensión total.	—	

asegurados por cuenta propia: 7.75% sobre los salarios de referencia.

3) Con los ingresos que se obtengan de la inversión de las reservas del régimen.

C) VIU-DEZ	Igual a lo estipulado en invalidez.	24 cuotas: Pensión. Menos de 24 y más de 0: Indemnización.	Cualquiera.	_____	_____	50% de la pensión del fallecido.	Monto: 7 veces salario promedio del fallecido-Total.
<hr/>							
D) OR-FAN-DAD							
1) Menores de 18 años.	Igual a lo estipulado en invalidez.	24 cuotas: Pensión. Menos de 24 y más de 0: Indemnización.	Menos 18.	_____	_____	Menos o más 75%.	Monto: 7 veces salario promedio del fallecido-Total.
2) Estudiantes solteros.	Igual a lo estipulado en invalidez.	24 cuotas: Pensión. Menos de 24 y más de 0: Indemnización.	De 18 a 22.	_____	_____	Menos o más 75%. 25% de la pensión en cualquier caso.	Monto: 7 veces salario promedio del fallecido-Total.
3) Inválidos.	Igual a lo estipulado en invalidez.	24 cuotas: Pensión. Menos de 24 y más de 0: Indemnización.	Más de 18.	_____	_____	Menos o más 75%.	Monto: 7 veces salario promedio del fallecido-Total.
4) Hijas solteras.	Igual a lo estipulado en invalidez.	24 cuotas: Pensión. Menos de 24 y más de 0: Indemnización.	Más de 55.	_____	_____		Monto: 7 veces salario promedio del fallecido-Total.
<hr/>							
E) PA-DRES							
1) Madre.	Igual a lo	24 cuotas:	Cualquier	_____	_____	Menos	

(Continúa)

(Concluye)

FINANCIACION (1)	RIESGO (2)	REQUISITOS (3)					BENEFICIOS (4)		
		Conservación de derechos	Plazos de espera	Edades	Porcentaje de invalidez	Porcentaje de depen- dencia eco- nómica	Pensiones	Indemniza- ciones	Otras prestaciones
		estipulado en invalidez.	Pensión. Menos de 24 y más de 0: Indemniza- ción.	edad.		o más 75%.	35% o 25% para cada caso, según porcentaje de dependencia.	La mitad o total, según porcen- taje de depen- dencia.	
	2) Padre inválido.	Igual a lo estipulado en invalidez.	24 cuotas: Pensión. Menos de 24 y más de 0: Indemniza- ción.	Cualquier edad.	$\frac{2}{3}$	Menos o más 75%.			
F) HER- MANOS									
	1) Meno- res de 18 años.	Igual a lo estipulado en invalidez.	24 cuotas: Pensión. Menos de 24 y más de 0: Indemniza- ción.	Menos 18.	_____	_____			
	2) Inváli- dos.	Igual a lo estipulado en invalidez.	24 cuotas: Pensión. Menos de 24 y más de 0: Indemniza- ción.	Más de 18.	$\frac{2}{3}$	Menos o más 75%.	25% o 15% para cada caso, según porcentaje de dependencia económica.	La mitad o total, según porcen- taje de depen- dencia.	
	3) Estu- diantes solteros.	Igual a lo estipulado en invalidez.	24 cuotas: Pensión. Menos de 24 y más de 0: Indemniza- ción.	De 18 a 22.	_____	Menos o más 75%.			
	4) Ancia- nos.	Igual a lo estipulado en invalidez.	24 cuotas: Pensión. Menos de 24 y más de 0: Indemniza- ción.	Mayores de 65.	_____	Menos o más 75%.			

2.4 Rompimiento de topes:

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

Actualmente ya no existen regulaciones en cuanto a la aplicación de cuotas para los salarios devengados, ya que se cotiza sobre el total devengado para ambos regímenes: Enfermedad y Maternidad e Invalidez, Vejez y Muerte. Ver gráfico N° 9 y cuadro N° 9.

2.5 Cobertura de Servicios:

El Seguro Social costarricense además de extender su cobertura al territorio nacional y a la población ha intensificado simultáneamente la cobertura de prestaciones que otorgan ambos regímenes, tanto en el aspecto social como económico, con el afán de contribuir en forma armónica con las acciones de las otras instituciones que integran el marco social y económico del país. En los cuadros N°s. 6, 7 y 8, y gráficos N°s. 7 y 8 quedó claramente sintetizada la situación referente a la cobertura de servicios.

2.6 Cobertura de nuevos grupos de asegurados:

2.6.1 *Trabajadores Independientes:*

Como antes se señaló, desde la promulgación de la primera ley, la Caja mantuvo como política la decisión de incluir a los trabajadores independientes o voluntarios dentro de sus regímenes.

El seguro voluntario existe desde el inicio de la Caja. Se condicionaba al requisito de tener por parte del ex trabajador doce cuotas durante los últimos dieciocho meses anteriores a la cesantía. La gestión tenía que realizarse en los tres meses posteriores a la fecha en que se había dejado de trabajar.

A partir de enero de 1975 entró en vigencia el reglamento para los trabajadores independientes en forma voluntaria. Simultáneamente a esta reglamentación se fijó la suma de ₡36.00 como cuota mínima para los trabajadores independientes, así como para los que estaban acogidos a la continuación voluntaria.

De acuerdo firme de mayo de 1975, se dispuso la aplicación del régimen de Enfermedad y Maternidad en forma obligatoria para los trabajadores independientes, quedando aún sin resolverse el caso del régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

2.6.2 *Asegurados por el Estado (indigentes):*

Con la integración de los servicios médicos se establecieron las normas y procedimientos para proteger a aquellas personas que anteriormente se les consideraba indigentes o marginados, dándoles la categoría de asegurados por el Estado y dotándoles a la vez de su respectivo carnet de asegurado, previo estudio socio-económico.

CUADRO N° 8

SINTESIS DEL REGIMEN NO CONTRIBUTIVO DE PENSIONES
POR MONTO BASICO

Ley que le dio origen	Financiación	Clase de beneficiados	Montos de pensión	Otros beneficios
N° 5662, del 16 de diciembre de 1974, llamada Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares.	En el artículo 4 de la Ley número 5662, que dispone que de los ingresos que produzcan las fuentes que le dan contenido económico, se tomará un 20% para la formación de un capital destinado a financiar un programa no contributivo de pensiones por monto básico, en favor de aquellos ciudadanos que encontrándose en necesidad de amparo económico inmediato, no hayan cotizado para ninguno de los regímenes contributivos existentes o no hayan cumplido con el número de cuotas reglamentario o plazos de espera requeridos en tales regímenes.	<ul style="list-style-type: none"> - Ancianos solos mayores de 65 años. - Jefes de familia mayores de 65 años o inválidos menores de esa edad. - Hijos dependientes menores de 15 años o inválidos. - Viudas y madres desamparadas. - Cónyuge de los jefes de familia. - Huérfanos de padre y madre. - Niños abandonados. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Ancianos solos mayores de 65 años ... ₡210.00. b) Jefes de familia mayores de 65 años o inválidos menores de esa edad con cónyuge ... ₡245.00. c) El punto b- más 1 hijo menor o inválido ... ₡298.00. d) El punto b- más 2 hijos menores o inválidos ... ₡350.00. e) Sólo jefe de familia con 2 hijos menores de 15 años o inválidos ... ₡280.00. f) Sólo jefe de familia con 3 hijos o más, menores de 15 años o inválidos ... ₡350.00. g) Un huérfano de padre y madre, menor de 15 años o niño abandonado ... ₡ 140.00. h) Dos huérfanos de padre y madre o dos niños abandonados ... ₡245.00. 	Con derecho a todas las prestaciones médicas y en dinero, que da derecho el Seguro de Enfermedad y Maternidad, con excepción del pago de subsidio por incapacidad, ya que el pensionado incapacitado no sufre mengua en sus ingresos.

GRÁFICO N° 7
PRESTACIONES DEL SEGURO ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

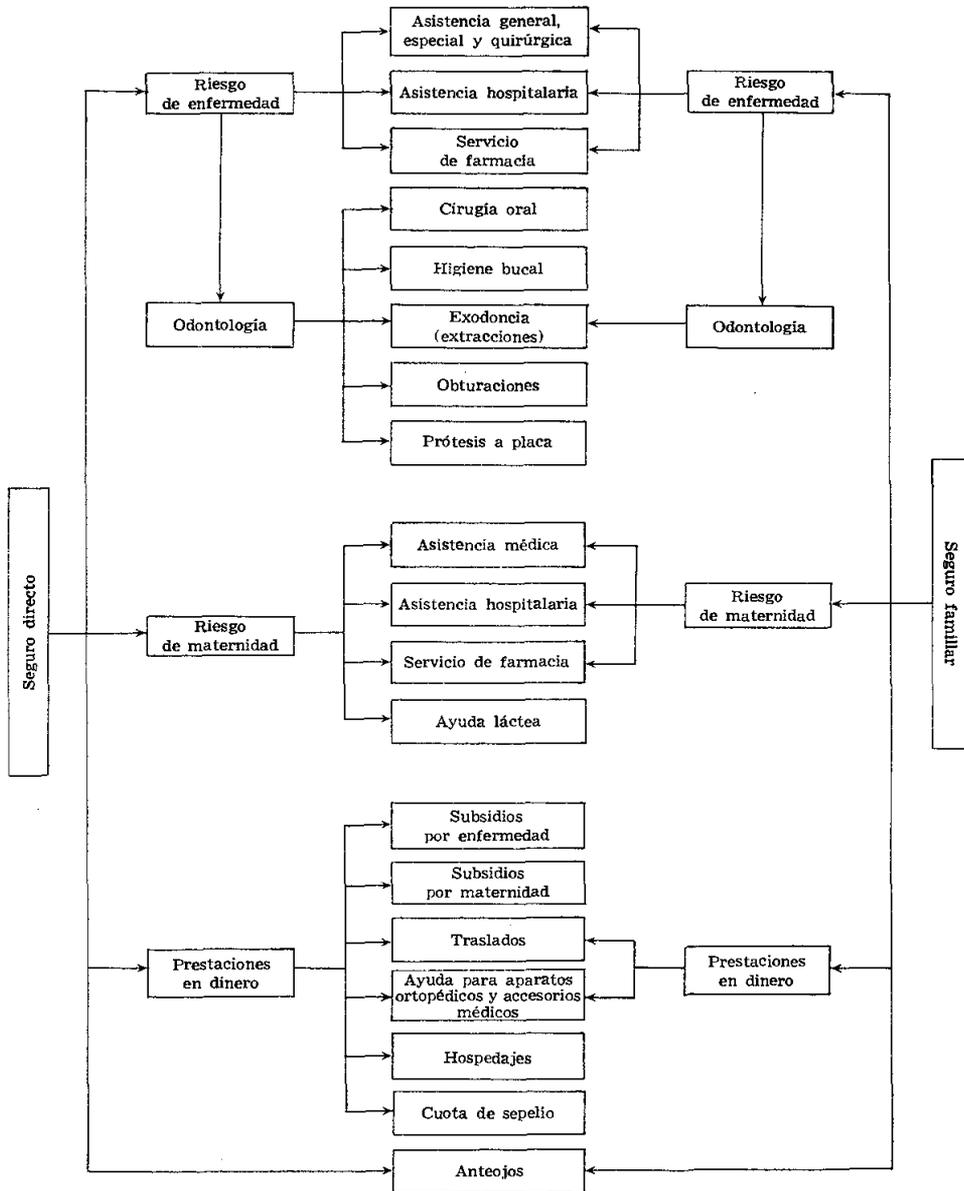


GRÁFICO N° 8
PENSIONES SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE

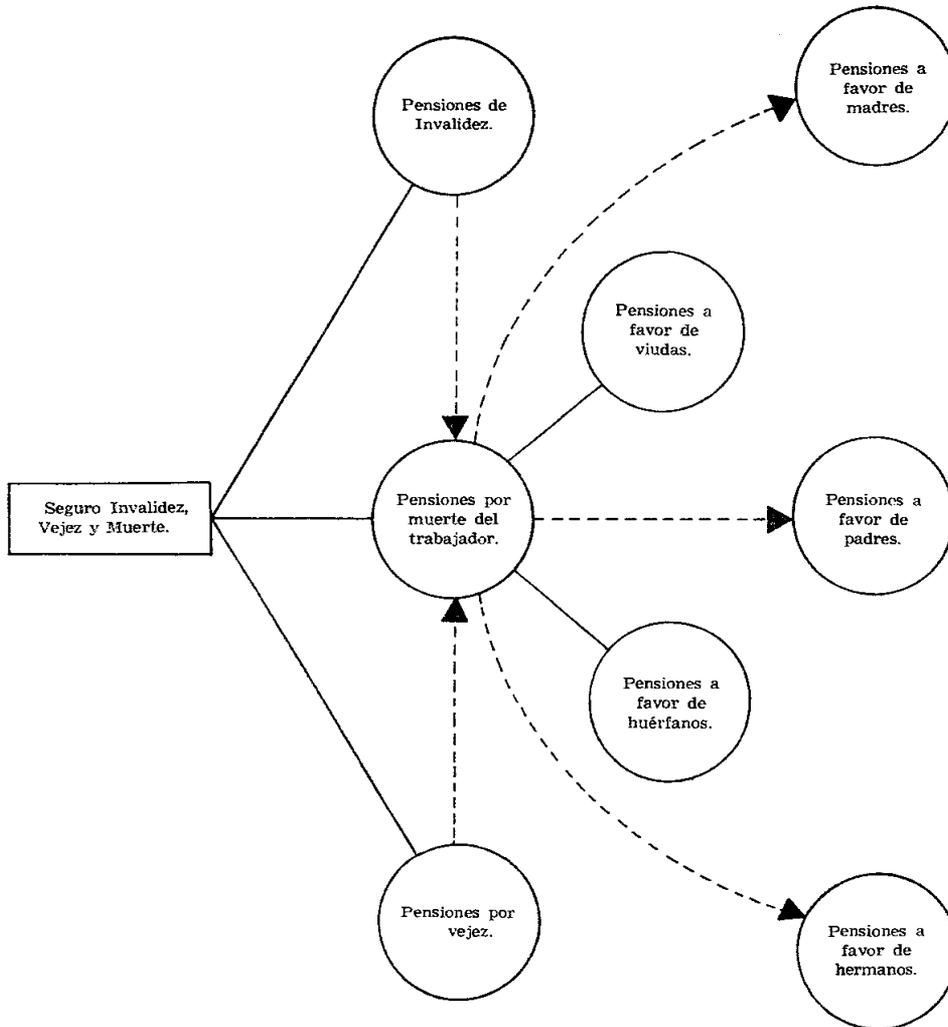
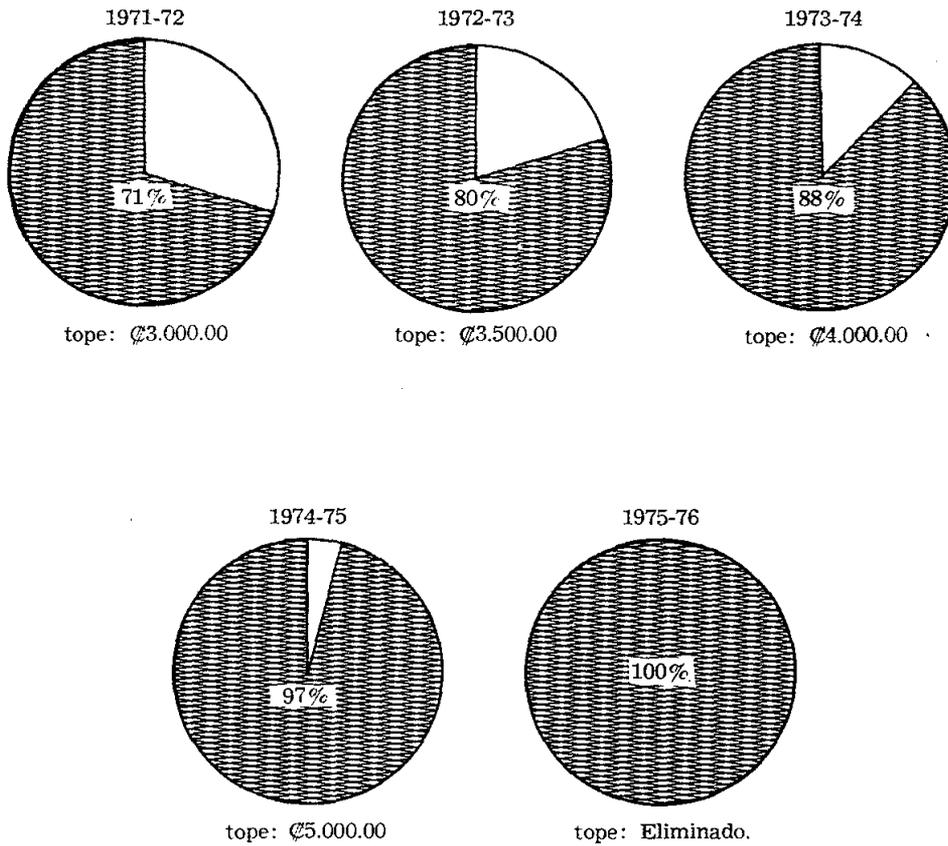


GRÁFICO N° 9
 PROCESO DE UNIVERSALIZACION EN EL SEGURO DE ENFERMEDAD
 Y MATERNIDAD, SECTOR ASALARIADOS



CUADRO N° 9
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
COTIZACIONES SEGURAS
ENFERMEDAD Y MATERNIDAD, INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE
1977

	S.E.M.	S.I.V.M.	Total
Estado	0.25	0.25	0.50
Trabajador	4.00	2.50	6.50
Patrono	6.75	4.75	11.50
Total	11.00	7.50	18.50

FUENTE: Reglamentos Seguro Enfermedad y Maternidad,
Reglamentos Seguro Invalidez, Vejez y Muerte.

2.6.3 Extensión del Seguro a Pensionados de otros Regímenes:

Mediante Ley N° 5905 del 4 de mayo de 1976, la Caja Costarricense de Seguro Social atenderá a los pensionados de otros regímenes, como parte importante en la universalización de los seguros sociales.

2.6.4 Protección de los trabajadores migrantes y otros:

A la fecha la Caja Costarricense de Seguro Social tiene suscritos convenios bilaterales que otorgan las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedad y Maternidad a los trabajadores afiliados de las respectivas instituciones signatarias que transitoriamente se encuentran en jurisdicción o territorio extranjero. El primero, con vigencia a partir del 18 de mayo de 1973, con la Caja de Seguro Social de Panamá; el segundo, de fecha 25 de marzo de 1974, con el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social; el tercero con México con vigencia a partir del 30 de agosto de 1976, y el cuarto con Guatemala con vigencia a partir del 29 de noviembre de 1976.

En términos generales, ambos convenios definen el campo de aplicación, condiciones para el otorgamiento de las prestaciones médicas y restricciones. A su vez la Institución aseguradora costarricense ha emitido un reglamento y un instructivo del mismo reglamento para la aplicación de los acuerdos bilaterales.

2.6.5 Pensiones no Contributivas:

Como parte de la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, N° 5662 del 23 de diciembre de 1974, la Caja administra un régimen de pensiones no contributivas por monto básico, destinado a ofrecer protección a los sectores de población que se encuentran en necesidad de amparo económico inmediato. Obviamente dentro de esos sectores se encuentran los trabajadores agrícolas que injustamente por largos años estuvieron marginados del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte y de los existentes en el país.

CUADRO N° 10
RESUMEN DE ASEGURADOS POR CATEGORIAS
SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

Categoría de asegurados	AÑOS	
	1977	1976
<i>Asegurados directos</i>		
Directos asalariados	382 287	254 964
Independientes	63 704	34 849
Familiares *	1 003 480	877 079
Pensionados I.V.M.	14 833	12 462
Pensionados Reg. no contributivo	39 836	31 307
Pacientes a cargo del Estado **	142 869	141 052
<i>Total asegurados</i>	1 647 009	1 451 731
<i>Población nacional</i>	2 070 560	2 044 237
<i>% de cobertura</i>	79.5%	71.0%

* Composición familiar 2.25%, por asegurado directo.
 ** 6.9% de la población indigente que se consideran pacientes a cargo del Estado.
 FUENTE: Dirección Técnica de Planificación.
 Cuadros Administrativos de la Caja. Junio de 1977.

CUADRO N° 11
RESUMEN DE ASEGURADOS POR CATEGORIA
SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE

Categoría de asegurados	AÑOS	
	1977	1976
Directos asalariados	334 996	315 629
Independientes	1 041	768
Familiares *	756 083	711 893
<i>Total asegurados</i>	1 092 120	1 028 290
<i>Población nacional</i>	2 070 560	2 044 237
<i>% de cobertura</i>	52.7%	50.3%

* Composición familiar 2.25%, dependientes por asegurado directo.
 FUENTE: Dirección Técnica de Planificación.
 Cuadros Administrativos de la Caja. Junio de 1977.

3. Esquema de organización para la utilización de los recursos en las prestaciones médicas

3.1 Proceso de Integración:

El proceso de integración del sector salud en Costa Rica se está llevando a cabo a través de tres distintas etapas: las dos primeras ya están cumplidas y la tercera en proceso.

- a) Reorganización intrainstitucional del Ministerio de Salud, de acuerdo con su nueva Ley Orgánica.
- b) Integración de servicios médico-asistenciales, mediante el traspaso al Seguro Social de los hospitales dependientes del Ministerio.
- c) Reorganización de los servicios médicos en una primera sub-etapa. Reorganización de los servicios administrativos en la sub-etapa siguiente. (Ver gráficos N^{os}. 11 y 12.)

La etapa de reestructuración intrainstitucional del Ministerio de Salud pudo llevarse a cabo sin grandes problemas. Existían dos Direcciones Generales, una de Salubridad y otra de Asistencia Médico Social, y el personal de ambas obedecía a reglamentos diferentes. Dichas Direcciones fueron integradas en una sola, la Dirección General de Asistencia Médico Social, hoy está cubierta por el régimen de Servicio Civil, tal y como lo está la mayoría, aunque no todo, del que formaba parte de la Dirección General de Salubridad. Además, parte del personal que pertenecía a la Dirección General de Asistencia Médico Social cuando se suscribió el Convenio Colectivo de Trabajo en 1970, continúa protegida por dicho convenio. Finalmente, debe agregarse que todavía existen dos escalas de salarios: una para el personal cubierto por el régimen de Servicio Civil, y otra para el que dependía de la Dirección General de Asistencia. (Ver gráfico N^o 13.)

En cuanto a la segunda etapa o de integración de servicios médico-asistenciales, ha sido en general bastante más conflictiva que la primera. En primer lugar, ya desde la etapa de formulación o negociación, la Caja Costarricense de Seguro Social desplegó gran actividad publicitaria, ante los sindicatos y ante la Asamblea Legislativa, lo que le reportó cambios sustanciales del proyecto original a su favor. Es así como logró que la ley establezca que los traspasos se realizarán cuando lo solicite la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, que no podrá aceptar ningún traspaso mientras no se fijen las rentas suficientes para atender el servicio médico de los no asegurados, y que la atención de las acciones de salud en materia de medicina preventiva serán de responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salubridad Pública.

El Ministerio de Salud, al delegar en el Seguro Social la prestación de servicios médico-asistenciales, ha quedado en mejores condiciones para aprovechar sus recursos y la parte asignada del elevado fondo creado y regulado por la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, y concentrarse principalmente en implementar un proceso complementario del anterior, orientado a extender la cobertura de los servicios de salud a través fundamentalmente del Programa de Salud Rural y del Programa de Salud Comunitaria, con un fuerte componente de alimentación y nutrición y de saneamiento básico (letrinización e instalación de sistemas familiares de abastecimiento de agua potable). Este proceso complementario, aunque

inicialmente tuvo la oposición de algunos colegios profesionales que tenían la delegación de funciones en personal auxiliar, en general ha contado con el entusiasta apoyo de las comunidades a que va orientado. Lo anterior ha sido posible ya que ha sido formulado y ejecutado dentro de un marco constitucional, legal, filosófico, político, de desarrollo económico-social y sectorial de salud, orientado hacia una más justa distribución de la riqueza nacional, del producto nacional, y de los servicios en general y de salud en particular. Además, el grado de conciencia del derecho a la salud de toda la población, es tan elevado y está tan divulgado que este proceso complementario constituye una dinámica respuesta a una necesidad sentida por la población.

3.2 Traspaso de Hospitales a la Caja Costarricense de Seguro Social:

El párrafo inicial del artículo 1º de la Ley de Traspaso de Hospitales, número 5349, aprobado por la Asamblea Legislativa el 11 de septiembre de 1973, establece lo siguiente:

“Para efectos de la universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad, cuya administración se ha confiado a la Caja Costarricense de Seguro Social, así como para el logro de un sistema integral de la salud, el Ministerio de Salubridad Pública, las Juntas de Protección Social y los Patronatos a cargo de instituciones médico-asistenciales, traspasará a la Caja las instituciones, de acuerdo a su ley, reglamentos y programas de extensión o universalización”.

Congruente con la presente gestión de gobierno de racionalizar la inversión en el sector salud y a la necesidad de cumplir con los preceptos legales de universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad y de garantizar a la población servicios eficientes en el campo de la salud, aboliendo el concepto de caridad y transformándolo por el concepto de derecho, el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y las Juntas de Protección Social, respondiendo a lo establecido en la mencionada Ley, ejecutan el traspaso de los establecimientos hospitalarios, que en la actualidad, a excepción de uno, quedan a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social.

3.3 Esquema de organización para utilización de los recursos en las prestaciones médicas:

Tomando en cuenta las posibilidades y requerimientos de recursos físicos y humanos para dar cumplimiento constitucional de la universalización de los seguros sociales, y a partir de la promulgación de la Ley N° 46750, en 1971, la extensión de los servicios de la Caja se efectuó en tres etapas, llamadas de Extensión Vertical, Extensión Horizontal y de Universalización.

El Seguro Social desde sus inicios se estructuró dentro de la modalidad latinoamericana de este tipo de regímenes de protección, prestando ayuda al trabajador no sólo desde el punto de vista económico, sino también organizando sus propios servicios médicos, fundamentado en el criterio de que con este sistema se logra una mejor utilización de los recursos y un verdadero control sobre el costo de las prestaciones.

ESTABLECIMIENTOS TRASPASADOS

1974

Establecimiento	Localización	Fecha de traspaso	
Hospital Tonny Facio	Limón	13 de septiembre	de 1974
Hospital Max Terán Valls	Quepos	12 de octubre	de 1974
Hospital San Rafael	Puntarenas	1º de julio	de 1974

1975

Establecimiento	Localización	Fecha de traspaso	
Instituto Materno Infantil Carit	San José	1º de febrero	de 1975
Hospital San Carlos	Ciudad Quesada	31 de mayo	de 1975
Hospital Enrique Baltodano B.	Liberia	26 de julio	de 1975
Hospital San Isidro	San Isidro-Pérez Zeledón	27 de septiembre	de 1975

1976

Establecimiento	Localización	Fecha de traspaso	
Hospital San Rafael	Alajuela	15 de enero	de 1976
Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes	San José	30 de enero	de 1976
Hospital Max Peralta	Cártago	16 de enero	de 1976
Hospital Dr. Carlos Sáenz H.	San José	31 de mayo	de 1976
Hospital San Vicente de Paúl	Heredia	31 de mayo	de 1976
Hospital San Francisco de Asís	Grecia	15 de agosto	de 1976
Centro Rural de Asistencia	Villa Neilly	1º de noviembre	de 1976
Centro Rural de Asistencia	San Vito de Java	1º de noviembre	de 1976
Hospital Dr. Tomás Casas Casajuz	Ciudad Cortés	1º de diciembre	de 1976
Hospital de Golfito *	Golfito	1º de diciembre	de 1976
Dispensario de Coto 47 *	Coto 47	1º de diciembre	de 1976
Dispensario Palmar Sur *	Palmar Sur	1º de diciembre	de 1976

* Estos hospitales pertenecían a la Compañía Bananera de Costa Rica.

1977

Establecimiento	Localización	Fecha de traspaso	
Centro Nacional de Rehabilitación Dr. Humberto Araya Rojas	San José	23 de marzo	de 1977
Hospital San Juan de Dios	San José	1º de septiembre	de 1977
Hospital Psiquiátrico Chapuá	San José	1º de septiembre	de 1977
Hospital Chacón Paut	Tres Ríos	1º de septiembre	de 1977

GRÁFICO Nº 11
 ESQUEMA PARA LLEVAR A CABO LA REORGANIZACION ADMINISTRATIVA
 PARA LA UTILIZACION DE LOS RECURSOS
 EN LAS PRESTACIONES MEDICAS

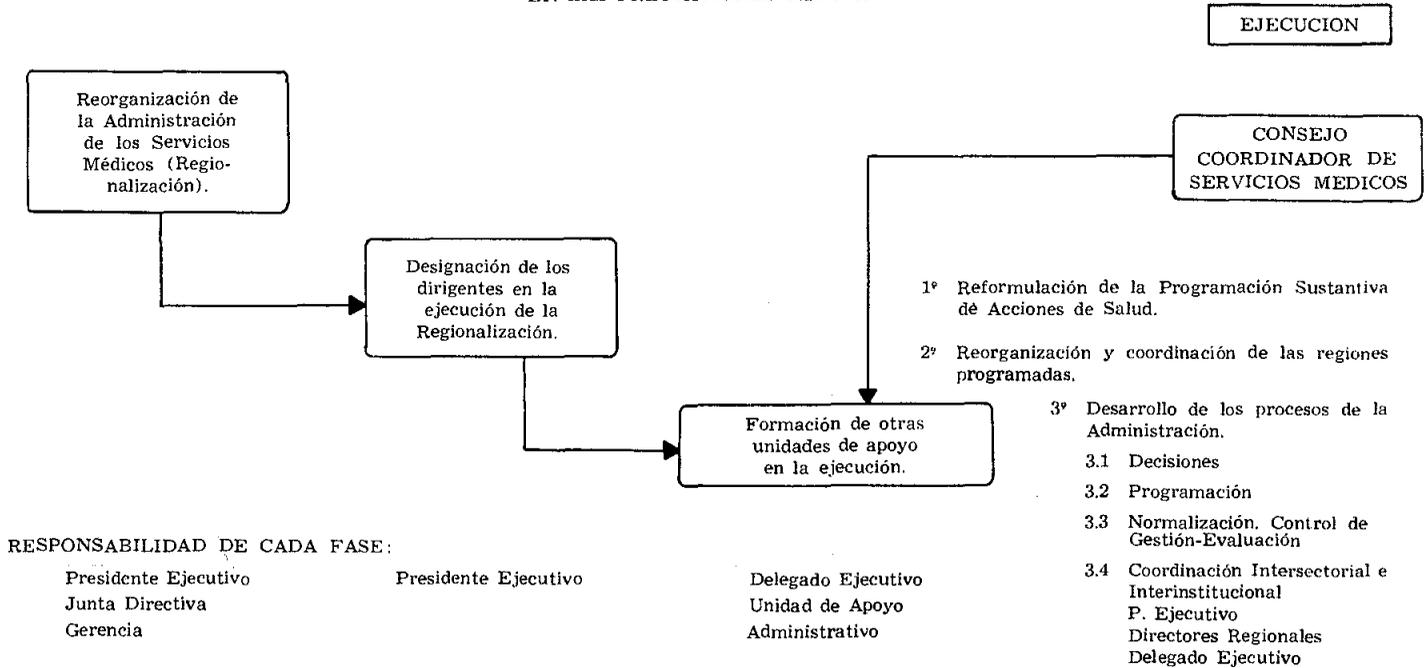


GRÁFICO Nº 12
 ESQUEMA DE LA ORGANIZACION PARA LA UTILIZACION
 DE LOS RECURSOS EN LAS PRESTACIONES MEDICAS

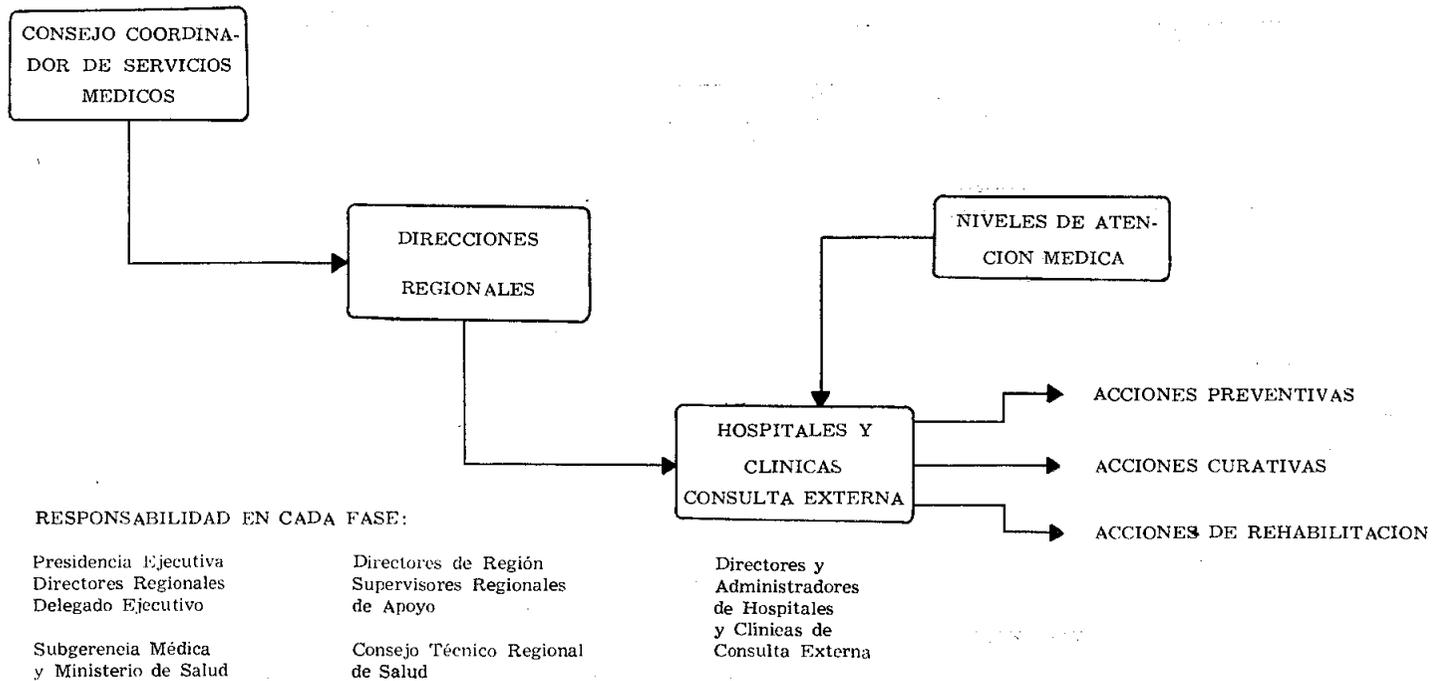


GRÁFICO Nº 13

MINISTERIO DE SALUD — ESTRUCTURA ORGANICA DE 1978

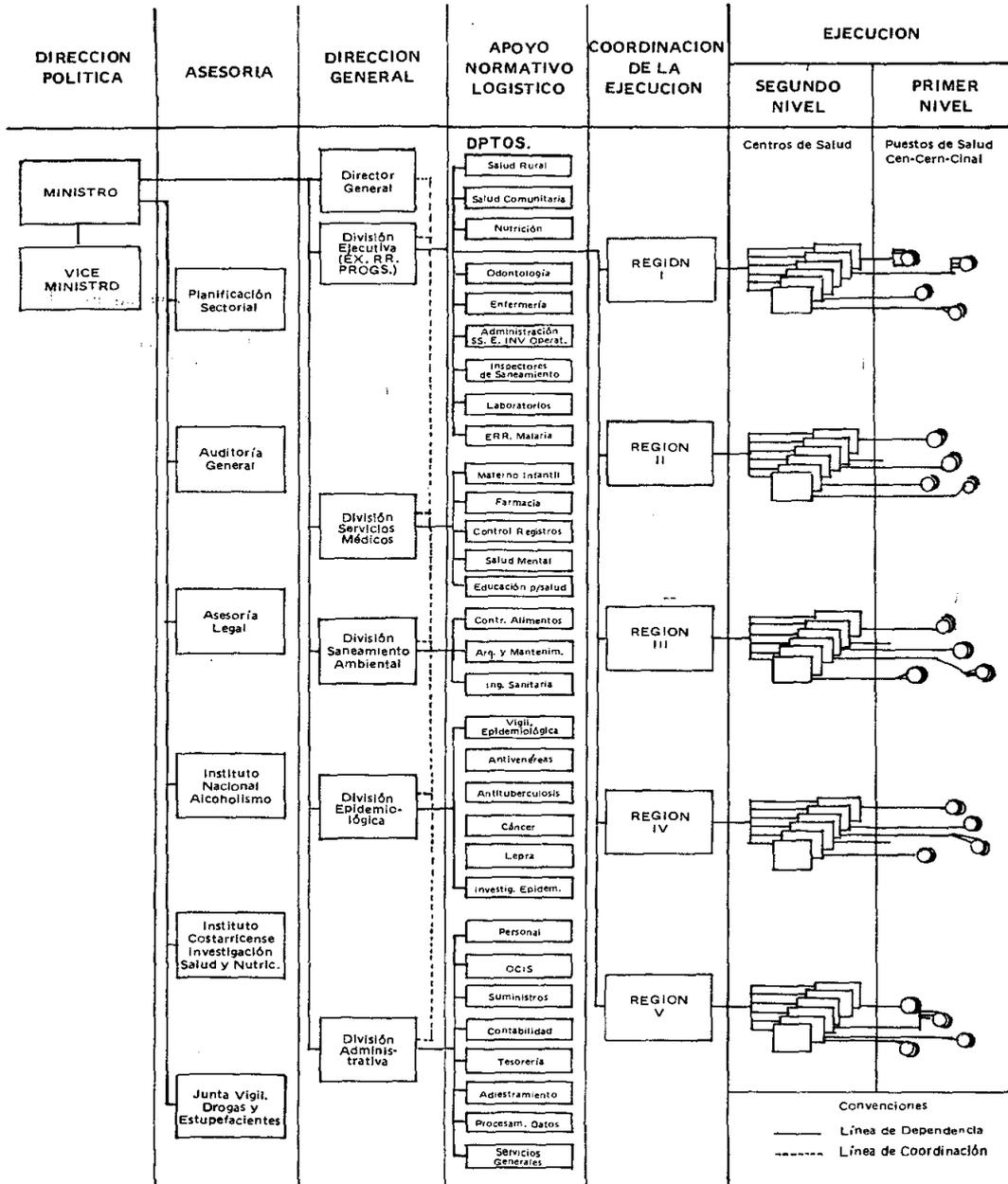


GRÁFICO N° 14
 CONSEJO COORDINADOR SERVICIOS MEDICOS
 ORGANIGRAMA

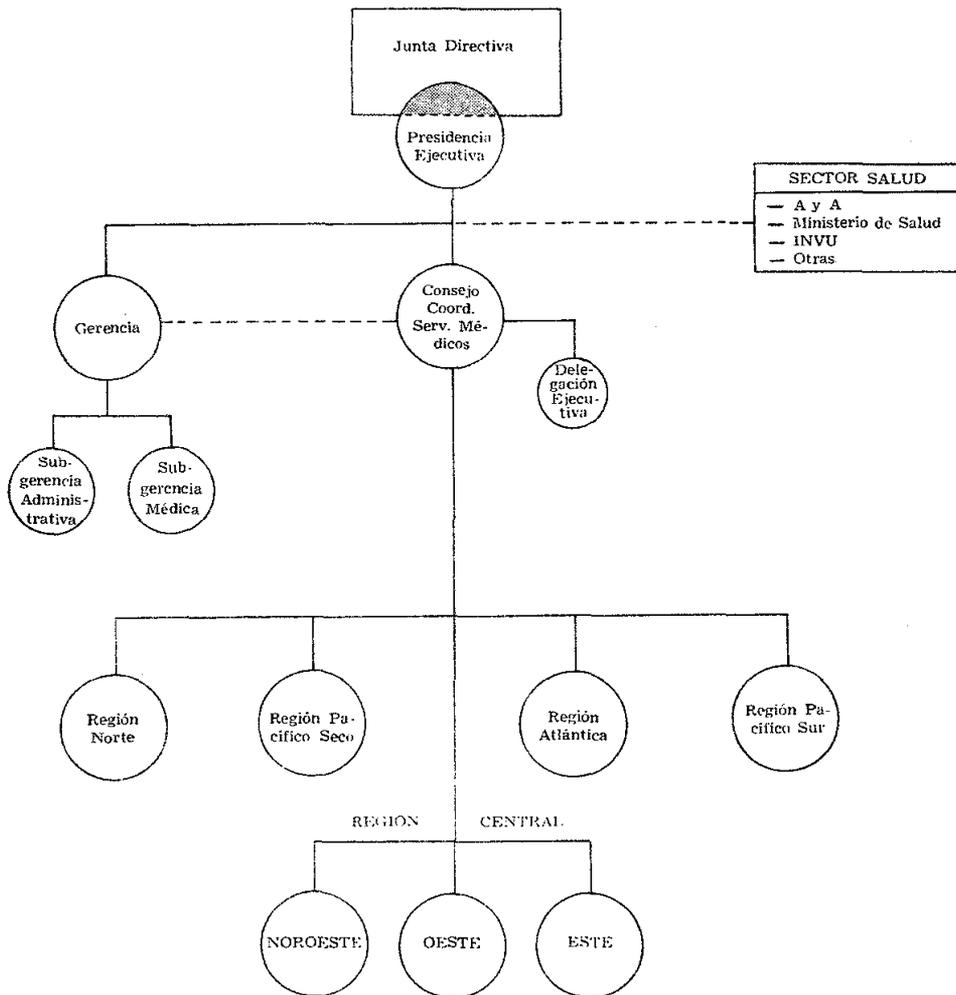
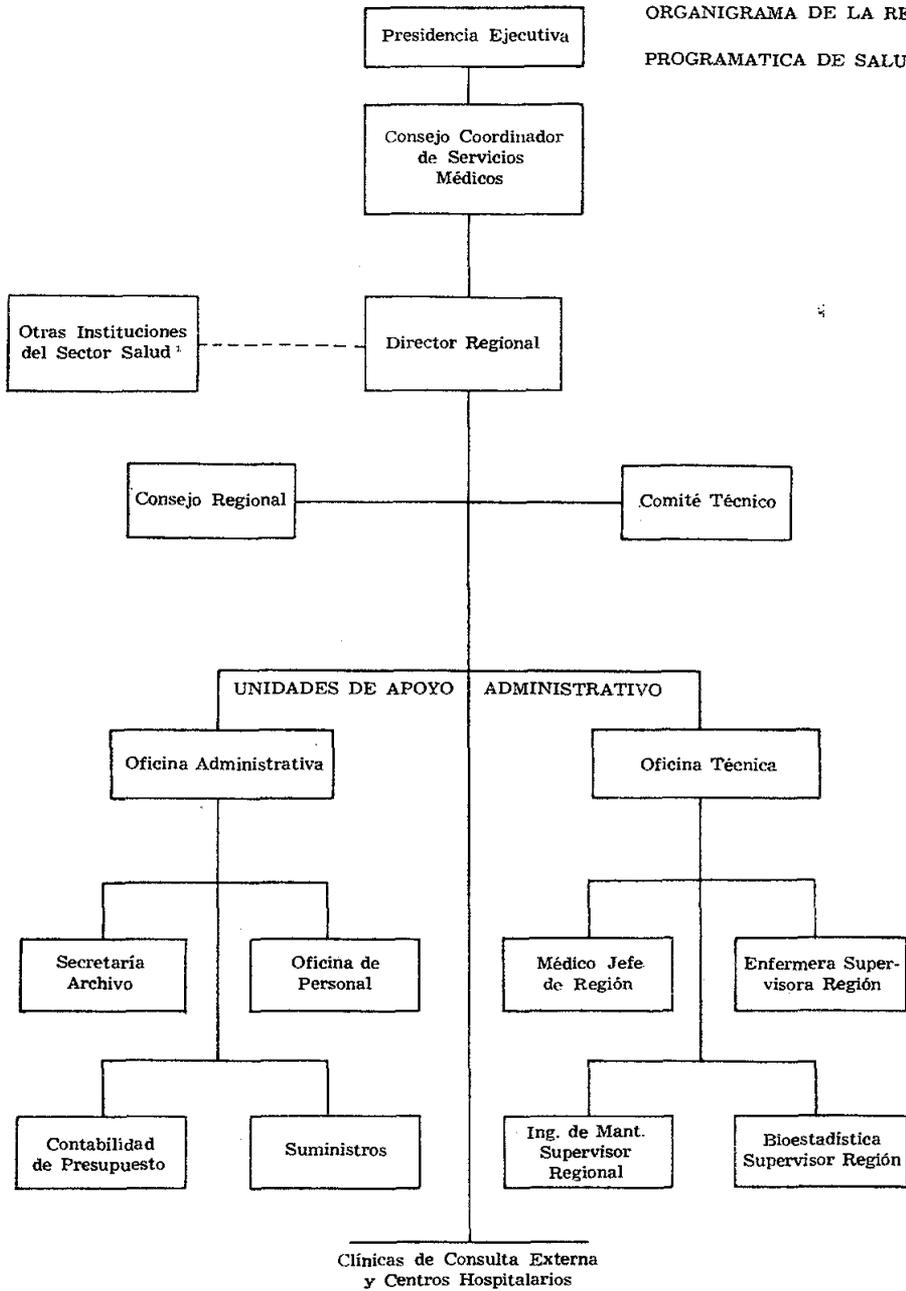


GRÁFICO N° 15

ORGANIGRAMA DE LA REGION
PROGRAMATICA DE SALUD



1) Coordinación con otras Instituciones del Sector Salud (M.S.P. A. y A. Cruz Roja).

3.3.1 *Diseño del sistema regionalizado de salud:*

Consideraciones generales:

La primera obligación del sistema de salud es ofrecer a la población del país en crecimiento constante las mejores prestaciones de salud posible, conforme a las disponibilidades de recursos. El sistema debe, además, asegurar que estas prestaciones se pongan al alcance de la mayor parte de la población bajo su responsabilidad.

El cumplimiento de estas obligaciones exige transformar el sistema tradicional de producción de bienes y servicios de salud, y la solución parece ser la "Regionalización de los servicios de salud, basada en la sistematización del aparato productor de bienes y servicios de salud, el cual se organizará jerarquizando estratos de establecimientos de complejidad decreciente del centro a la periferia, y el concepto integral de la medicina".

Los principales elementos de la "Regionalización" de servicios de salud, son los siguientes:

El sistema regionalizado se establece para satisfacer una función social, responsabilidad del Estado, que se manifiesta por necesidades, aspiraciones y demanda de servicios de salud. (Ver gráficos números 14 y 15.)

Las necesidades son expresión de una serie de fenómenos biológicos, patológicos, ambientales y culturales, que se expresan en indicadores del estado de salud de la población en general, fuertemente influidos por valores sociales y el nivel cultural de la población. Estos indicadores son los más representativos de la realidad médico-social del ambiente.

Las aspiraciones de servicios de salud de la población están determinados por juicios de valor derivados de creencias, hábitos y actitudes de conducta de los individuos que constituyen nuestras sociedades.

La demanda de servicios de salud, que es de dos tipos: la efectiva y la potencial, es la expresión de la suma de las necesidades y aspiraciones de la población, sometida a la ponderación.

La motivación se relaciona con el conocimiento que tiene la población acerca de los problemas de salud que le afectan y con el conocimiento de la oferta de los servicios de salud que se ponen a su disposición. La accesibilidad que es de tres tipos: física, cultural y económica, es condición indispensable para que la población pueda utilizar regularmente los servicios de salud cuando se obvian los impedimentos de accesibilidad que puedan estar obstaculizados por barreras geográficas climatológicas, de comunicaciones, legales, culturales y financieras.

La política de salud del país es la respuesta a este conjunto de factores analizados y como consecuencia de su adopción, su toma de decisiones sobre los aspectos más sobresalientes de la misma.

Fundamentalmente, las decisiones se refieren a la extensión de la cobertura de servicios a la población; a la ejecución de los programas de salud prioritarios, y al desarrollo de la infraestructura de salud, como el aparato necesario para que los dos componentes anteriores se realicen.

El desarrollo de la infraestructura incluye capítulos fundamentales, como son: la organización regionalizada del sistema; la ejecución de una reforma administrativa, para adecuar todo el aparato administrativo ejecutor a los fines de la política; la ampliación y mantenimiento de la capaci-

dad instalada física; la formación y capacitación de los recursos humanos, y el financiamiento del plan de salud en general.

Razones estas porque el gobierno en la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N° 5412, del 27 de noviembre de 1973, en su Libro 1, Título II, Capítulo III, Sección II, aparecen los artículos 33 y 34, el que crea a nivel del Ministerio de Salud Pública la División de Regiones Programáticas y divide el territorio nacional en Regiones Programáticas de Salud. Además en la Política Nacional de Salud, donde formula el Plan Nacional de Salud, señala en su premisa número 3 que, “el país debe regionalizar los servicios de salud para mejorar y estratificar su oferta y ampliar su cobertura”.

Por tal motivo, se ha diseñado un sistema regionalizado que espera alcanzar las metas institucionales; considerando la realización de los programas de mayor impacto en el estado de salud de la población, postergado a otros de menor trascendencia social; aumentando la cobertura a través del sistema que ofrece servicios mínimos a la mayor parte de la población, concentrando recursos críticos en ciertos niveles o estratos administrativos, que tendrán complejidad decreciente del centro de formación y capacitación de personal para salud, dentro de un esquema de regionalización docente asistencial, que en nuestro concepto se traduce en la utilización de los recursos docentes y en formación, como médicos, odontólogos, enfermeras y todo el personal de salud, para reforzamiento y calificación de las prestaciones a la población, y a su vez, que los establecimientos de salud y su personal sirva al proceso de formación y desarrollo de los recursos humanos.

Definimos el sistema regionalizado de salud como el “conjunto de elementos ordenados en unidades orgánico-funcionales denominadas Regiones Programáticas de Salud”, para asegurar el uso metódico de los recursos humanos y materiales de las instituciones públicas y privadas de salud; que se organizan por medio de un proceso administrativo y de una tecnología médica para ofrecer prestaciones de salud integrales en cantidad suficiente y de calidad adecuada; para dar la mayor cobertura a la demanda de servicios de la población costarricense a un costo compatible con los fondos disponibles. Se caracteriza el sistema por la unificación centralizada de la autoridad legal, normativa y de comando nacional a nivel central, y delegación descentralizada de la autoridad para administrar y ejecutar los programas de salud, a las administraciones regionales.

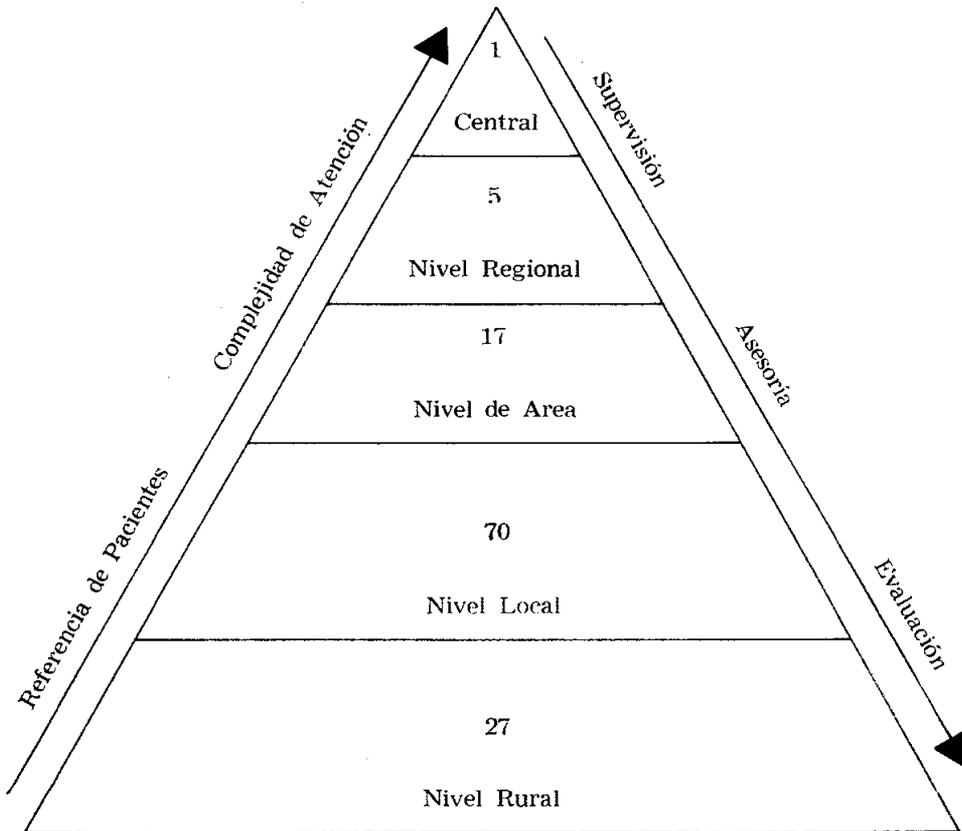
3.3.2 *Las bases en que se fundamenta la regionalización de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social:*

a) Es un sistema piramidal con una amplia base ubicada en la periferia (áreas rurales), y un vértice ubicado en la capital de la República, San José. Dentro de este gran sistema piramidal nacional existen cinco subsistemas, también piramidales, con jurisdicción geográfica poblacional propia, denominadas “Regiones Programáticas de Salud”, con las cuales quedan cubiertas todas las áreas del país. A su vez, dentro de las regiones existirán sistemas más pequeños, siempre piramidales y con jurisdicción geográfica-poblacional propia, denominadas “Área”.

En las áreas, pueden o no, según las necesidades, existir pequeños sistemas piramidales locales. (Ver gráfico N° 16.)

b) Consta de varios niveles de prestación de servicios (niveles de atención u operativos), los cuales son elementales en la base de la pirámide, y

GRÁFICO Nº 16
NIVELES DE REGIONALIZACION



se hacen cada vez más complejos y especializados a medida que se asciende en los diferentes estratos de establecimientos, hasta llegar al vértice en donde se encuentra la mayor complejidad.

Cada nivel de atención tiene definidos sus programas y actividades, el tipo y volumen de personal necesario, planta física y equipo.

El sistema regional de salud es completamente integrado, en el cual existe una íntima relación y coordinación entre un nivel de atención dado y sus inmediatos superiores e inferiores.

A cada nivel operacional debe asegurarse, que todas las condiciones de salud puedan ser tratadas localmente, antes de referirlas al nivel superior siguiente. A su vez las Regiones Programáticas de Salud, en la medida de lo posible, deben alcanzar una autonomía y autoabastecimiento funcional para dar satisfacción a la mayor parte de los problemas de su jurisdicción, y para recurrir sólo excepcionalmente a los servicios de Nivel Central (San José).

El sistema de referencia de pacientes, se debe caracterizar por: el envío de pacientes desde un nivel a otro con mayores recursos, para completar un diagnóstico o para realizar un tratamiento; la devolución del paciente al nivel original de envío con una indicación clara del diagnóstico, el tratamiento realizado y las indicaciones a continuarse en este nivel. Asimismo, debe contemplarse la posibilidad de remisión de un nivel superior a uno inferior, cuando esté indicado por razones de economía y de factores personales del paciente.

Debe existir “centralización normativa y desconcentración ejecutiva”. La primera asegura que la administración de servicios de salud sea realizada bajo líneas de políticas y normas únicas y uniformes. La segunda asegura mayor agilidad, flexibilidad y simplificación administrativa, al mismo tiempo que mejora la eficiencia de la prestación de servicios.

Se plantea aquí una delegación de funciones de personal profesional o personal técnico y auxiliar, para asumir tareas específicas sobre la base de una definición clara de lo que se delega, de un adiestramiento previo y una supervisión eficaz. Esta delegación debe realizarse a todos los niveles y en todas las circunstancias, para permitir la utilización máxima del personal profesional y de los recursos calificados que son escasos, y aumentar la cobertura en los servicios a la población sin desmeritar la calidad de los mismos.

Cada nivel es responsable de supervisar y asesorar su inmediato nivel inferior y de controlar la calidad del servicio prestado. Los niveles superiores deben controlar periódicamente todos los niveles inferiores, mediatos e inmediatos.

La regionalización evita la duplicación de esfuerzos y recursos, las lagunas programáticas, los gastos injustificados en materiales, técnicas y servicios muy especializados de alto costo. Lo que quiere decir que se tomará como unidad programática de los recursos y de las actividades a la Región Programática de Salud como un todo, y no a tal o cual de sus establecimientos o programas.

El sistema permitirá el desarrollo pleno de las aptitudes del personal que trabaja en él, a través de una supervisión constructiva con gran contenido de asistencia técnica, y de actividades educativas continuas adaptadas a los problemas de salud y a los intereses del personal.

Debe hacerse participar a la comunidad en la resolución de los problemas de salud. Este aumento de interés debido a un mejor conocimiento de los problemas que les afligen permitirá al sector participar activamente en el mejoramiento de las condiciones socio-económicas generales del área y de salud en particular.

3.3.3 *Regionalización del país:*

Se establece un sistema regionalizado de servicios de salud basado en la división del territorio nacional en cinco regiones programáticas de salud, cada una de ellas se divide en áreas de salud (17) y éstas en localidades. (Ver gráfico N° 14.)

Región programática de salud:

Es un subsistema local del Sistema Nacional de Salud, que constituye una entidad funcional con dirección única para administrar eficientemente los programas de fomento, protección y recuperación de la salud así como la rehabilitación, destinados a satisfacer las necesidades de la población que le corresponde. Aplica las normas y directivas emanadas por el nivel central.

Deberá contar con autonomía financiera y administrativa compatible con las leyes y reglamentos vigentes.

Área de salud:

En una misma región programática puede existir un número determinado de áreas de salud, cada una de ellas es geográfica y administrativamente bien delimitada. La definición del área de salud es la misma que de la región programática con salvedades de atender un número más reducido de población.

Localidades:

En cada área de salud existen localidades, un número de ellas cuentan con servicios permanentes de establecimientos de salud, pero gran número no cuentan con esta facilidad; finalmente existe una población, de tamaño variable, dispersa.

3.3.4 *Área jurisdiccional:*

El área jurisdiccional de las regiones y sus áreas ha sido fijada por el Ministerio de Salud y comprenden zonas geográficas que no coinciden con la división política territorial, su delimitación ha sido hecha en base a un estudio de las condiciones geográficas, demográficas, de problemas de salud, vías de comunicación, etc. Condiciones que al cambiar en relación con su desarrollo, pueden hacer modificar su área jurisdiccional.

La división territorial nacional en regiones programáticas, con sus áreas, así como su jurisdicción que comprende, son las siguientes:

CUADRO N° 12
AREAS DE ATRACCION ADMINISTRATIVA DE LAS REGIONES
PROGRAMATICAS DE SALUD

Región programática	Hospitales y clínicas, consulta externa	Localidad	Tipo hospital o clínica
REGION PROGRAMATICA N° 1		San José	Piso 7-Of. Centrales
a) Región Central Noroeste	<i>Hospitales:</i>		
	México Neurosiquiátrico y Sanatorio	San José	Hospital Nacional
	Dr. Chacón Paut	San José	Hospital Nacional
	Centro Nacional de Rehabilitación	San José	Hospital Nacional
	San Vicente de Paúl	Heredia	Hospital de Area
	<i>Clínicas:</i>		
	Dr. Clorito Picado	San José	4
	Dr. Moreno Cañas	San José	4
	Dr. Solón Núñez	San José	4
	Central de Heredia	Heredia	4
	San Joaquín de Flores	Heredia	3
	San Rafael	Heredia	2
	Santo Domingo	Heredia	2
b) Región Central Este	<i>Hospitales:</i>		
	Dr. Calderón Guardia	San José	Hospital Nacional
	Dr. Max Peralta	Cartago	Hospital Regional
	William Allen	Turrialba	Hospital de Area
	<i>Clínicas:</i>		
	Central	San José	4
	Dr. Jiménez Núñez	San José	4
	San Ignacio de Acosta	San José	2
	Santa María de Dota	San José	1
	San Marcos de Tarrazú	San José	2
	San Pablo de León Cortés	San José	2
	Santa Elena de Fralles	San José	1
	La Lucha de San Cristóbal	San José	1
	San Gabriel de Aserri	San José	1
	Monterrey de Aserri	San José	1
	Tres Ríos	Cartago	3
	Paraíso	Cartago	3
	Pacayas	Cartago	2
	Pacayitas	Cartago	1
	Juan Viñas	Cartago	2
	Pejibaye	Cartago	1
	Tucurrique	Cartago	1
	Atirro	Cartago	1
	Peralta	Cartago	1
	Ing. Alfredo Volio	Cartago	4
	Santa Cruz	Cartago	1
	La Suiza	Cartago	1
	Santa Teresita	Cartago	1

Región programática	Hospitales y clínicas, consulta externa	Localidad	Tipo hospital o clínica
	<i>Puestos de Salud:</i>		
	Oriente (Cantón Jiménez)	Cartago	1
c) Región Central Oeste	<i>Hospitales:</i>		
	San Juan de Dios	San José	Hospital Nacional
	Nacional de Niños	San José	Hospital Nacional
	Inst. Materno Inf. Carit.	San José	Hospital Nacional
	Dr. Raúl Blanco Cervantes	San José	Hospital Nacional
	Dr. Max Terán-Quepos	Puntarenas	Hospital de Area
	<i>Clínicas:</i>		
	Dr. Carlos Durán	San José	4
	Dr. Marcial Fallas	San José	4
	Santiago de Puriscal	San José	3
	Parrita	Puntarenas	2
REGION PROGRAMATICA N° 2		Alajuela	Hospital San Rafael
Región Norte	<i>Hospitales:</i>		
	San Rafael de Alajuela	Alajuela	Hospital Regional
	San Francisco de Asis-Grecia	Alajuela	Hospital de Area
	San Carlos	Alajuela	Hospital de Area
	Dr. Valverde Vega-S. Ramón	Alajuela	Hospital de Area
	<i>Hospitales Periféricos:</i>		
	Los Chiles	Alajuela	Hospital Periférico
	<i>Clínicas:</i>		
	Dr. Marcial Rodríguez	Alajuela	4
	Carrizal	Alajuela	1
	Sabanilla	Alajuela	2
	San Rafael	Alajuela	2
	San Pedro de Poás	Alajuela	2
	Atenas	Alajuela	2
	Naranjo	Alajuela	3
	Grecia	Alajuela	3
	Valverde Vega	Alajuela	2
	Tacares	Alajuela	1
	La Luisa	Alajuela	1
	Palmares	Alajuela	2
	San Ramón	Alajuela	3
	Zarcero	Alajuela	2
	Ciudad Quesada	Alajuela	4
	Aguas Zarcas	Alajuela	1
	Venecia	Alajuela	2
	Pital	Alajuela	2
	La Fortuna	Alajuela	2
	Altamirita	Alajuela	1

Región programática	Hospitales y clínicas, consulta externa	Localidad	Tipo hospital o clínica
No pertenece a la Caja *			
REGION PROGRAMATICA N° 3			
		Puntarenas	Hospital Monseñor Sanabria
Región Pacífico Seco	<i>Hospitales:</i>		
	Monseñor Sanabria Dr. Enrique	Puntarenas	Hospital Regional
	Baltodano-Liberia	Guanacaste	Hospital de Area
	La Anexión-Nicoya	Guanacaste	Hospital de Area
	<i>Hospitales Periféricos:</i>		
	Upala	Alajuela	Hospital Periférico
	<i>Clínicas:</i>		
	San Rafael-Puntarenas	Puntarenas	3
	Orotina	Alajuela	2
	Esparza	Puntarenas	2
	Miramar	Puntarenas	2
	Chomes	Puntarenas	2
	Abangares	Guanacaste	2
	Cañas	Guanacaste	2
	Tilarán	Guanacaste	2
	Bagaces	Guanacaste	2
	Liberia	Guanacaste	3
	Santa Cruz	Guanacaste	3
	Filadelfia	Guanacaste	2
	La Cruz	Guanacaste	2
	Nandayure	Guanacaste	2
	Hojancha	Guanacaste	2
	27 de Abril	Guanacaste	2
	Jicaral	Guanacaste	3
REGION PROGRAMATICA N° 4			
		Limón	Hospital Dr. Tony Facio
Región Atlántica	<i>Hospitales:</i>		
	Dr. Tony Facio	Limón	Hospital Regional
	Guápiles	Limón	Hospital de Area
	<i>Clínicas:</i>		
	La Fortuna	Limón	2
	Bataán	Limón	3
	Siquirres	Limón	3
	La Perla	Limón	Puesto de Salud
	Guácimo	Limón	2
	Cariari	Limón	2
	Ticaban	Limón	2
	Roxana	Limón	1
	Río Frío	Heredia	2

Región programática	Hospitales y clínicas, vonsulta externa	Localidad	Tipo hospital o clínica
REGION PROGRAMATICA Nº 5	<i>Puestos de Salud:</i>		
	El Carmen	Limón	Puesto de Salud
	<i>Hospitales:</i>		
		San Isidro de Pérez Zeledón	Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla
	Dr. Fernando Escalante P. Golfito	San José Puntarenas	Hospital Regional Hospital de Area
	Dr. Tomás Casas-C. Cortés Ciudad Neily	Puntarenas Puntarenas	Hospital de Area Hospital de Area
	<i>Hospitales Periféricos:</i>		
	San Vito de Java Coto 47	Puntarenas Puntarenas	Hospital Periférico Hospital Periférico
	<i>Clínicas:</i>		
	Buenos Aires	Puntarenas	3
	Palma Sur	Puntarenas	2
	La Cuesta	Puntarenas	2

3.3.5 MAPAS DE LAS REGIONES PROGRAMATICAS DE SALUD

CUADRO N° 13
POBLACION DE REGIONES PROGRAMATICAS DE SALUD, SEGUN HOSPITALES
(Directa e indirecta)

Regiones y población	POBLACION POR REGIONES						
	CENTRAL			NORTE	PACIFICO SECO	ATLANTICA	SUR
	NOROESTE	ESTE	OESTE				
Hospitales	408 600	435 148	280 257	327 368	326 489	137 565	196 114
México ¹	269 804						
San Vicente de Paúl	138 796						
Calderón Guardia ¹	209 162						
Max Peralta	166 066						
William Allen Turrialba	59 920						
San Juan de Dios ¹			210 040				
Dr. Max Terán-Quepos			29 236				
Instituto Materno Infantil Carit ²			40 981				
San Rafael, Alajuela ¹				129 596			
San Francisco de Asís-Grecia				40 746			
San Carlos				22 225			

Los Chiles

6 887

Monseñor Sanabria-Puntarenas ¹	110 740
Dr. Enrique Baltodano, Liberia	78 101
La Anexión, Nicoya	118 782
Upala	18 866
Dr. Tony Facio ¹	83 877
Guápiles ⁴	53 688
Dr. Fernando Escalante P. ²	97 201
Golfito	25 759
Tomás Casas, Ciudad Cortés	27 495
Ciudad Neily	15 552
San Vito, Coto Brus	23 107
Coto 47	7 000

¹ Hospital sede.² Población estimada de mujeres en edad fértil (15-45 años). Provincia de San José, Censo 1973.³ Aún no traspasado a la Caja.⁴ Incluyendo Distrito Horquetas de Cantón Sarapiquí.

NOTAS: El área de atracción en detalle de cada hospital y cada clínica se registra en documento "Área de Atracción de Hospitales y Clínicas". El área de atracción de los hospitales nacionales: Siquiátrico Nacional, Dr. Chacón Paut y Centro Nacional de Rehabilitación se considera todo el país.

FUENTES: Revista de Población N° 40 de la República de Costa Rica, Dirección General de Estadística y Censos.
Áreas de Atracción de Hospitales y Clínicas.
Dirección Técnica de Planificación.

CUADRO N° 14

NUMERO PROMEDIO DE CAMAS POR SERVICIO, SEGUN REGION Y CENTRO MEDICO

1 9 7 7

Hospitales	Servicio N° camas	Total N° camas	N° camas por servicio *				Pen- sión
			Medicina	Cirugía	Gineco- obstetricia	Pediatría	
TOTALES	100%	6 923	3 219	1 553	889	1 176	91
REGION CENTRAL	76.05%	5 269	2 748	1 240	543	661	77
REGION CENTRAL NOROESTE		2 319	1 867	248	132	67	5
México		595	180	240	112	63	—
San Vicente de Paúl		67	42	—	20	—	5
Siquiátrico Nacional		1 243	1 243	—	—	—	—
Dr. Chacón Paut		372	372	—	—	—	—
C. Nal. Rehabilitación ¹		42	30	8	—	4	—
REGION CENTRAL ESTE		945	274	260	205	194	12
Dr. Calderón Guardia		444	124	186	112	22	—
Max Peralta-Cartago		317	86	43	54	122	12
William Allen-Turrialba		184	64	31	39	50	—
REGION CENTRAL OESTE		2 005	607	732	206	400	60
San Juan de Dios		1 083	314	578	122	27	42
Nal. de Niños		485	—	146	—	327	12
Inst. Mat. Inf. Carit.		120	12	—	74	28	6
Dr. Blanco Cervantes		262	262	—	—	—	—

San Rafael-Alajuela	222	55	46	45	70	6
San Francisco de Asís	90	36	6	24	24	—
San Carlos	121	26	21	27	47	—
Dr. Valverde Vega ²	120	46	12	16	38	8
Los Chiles ³	—	—	—	—	—	—
REGION PACIFICO SECO	6.82%	473	115	119	104	135
Monseñor Sanabria-Punt	260	53	83	54	70	—
Dr. Enrique Baltodano	113	36	21	26	30	—
La Anexión-Nicoya	100	26	15	24	35	—
Upala ³	—	—	—	—	—	—
REGION ATLANTICA	3.56%	247	60	56	43	88
Dr. Tony Facio	163	43	39	23	58	—
Guápiles	84	17	17	20	30	—
REGION PACIFICO SUR	5.57%	386	133	53	87	113
Dr. Escalante Pradilla	159	37	37	36	49	—
Dr. Tomás Casas, C. Cortés	56	23	3	8	22	—
Golfito	97	40	13	21	23	—
Ciudad Neilly	27	12	—	8	7	—
San Vito	22	6	—	9	7	—
Coto 47	25	15	—	5	5	—

* El número de camas actual no ha sufrido variaciones fundamentales, respecto al promedio del año 1977.

¹ Al mes de mayo de 1978.

² Sin traspasar.

³ En construcción.

CUADRO N° 15

HABITANTE POR CAMA A NIVEL NACIONAL Y POR REGIONES

Población y camas					
Región	Población nacional julio 1977	Porcentaje	Número camas	Porcentaje	Número de camas/1 000 habitantes
TOTAL	2 070 560	100%	6 928	100%	3.34
Central			5 269 ²	76.05 ²	4.86 ²
	1 083 024 ¹	52.3	3 350 ³	48.3 ³	3.09 ³
Norte	327 368	15.08	553	8.0	1.69
Pacífico seco	326 489	15.7	473	6.82	1.45
Atlántica	137 565	6.6	247	3.56	1.80
Pacífico sur	196 114	9.6	386	5.57	1.96

¹ No incluye área de atracción el Instituto Materno Infantil Carit., para efectos de que "cierre" con la población total del último boletín N° 40 de D.G.E.C.

² Incluye 1 919 camas de larga estancia, distribuidas en:

- 1 243 Hospital Siquiátrico Nacional.
- 372 Hospital Chacón Paut.
- 262 Hospital Blanco Cervantes.
- 42 Hospital San Vicente de Paúl-Heredia.

³ No incluye camas de larga distancia.

CUADRO N° 16

MOVIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA POR REGIONES PROGRAMATICAS

1 9 7 7

Consultas Regiones	Población		Consultas		\bar{X} mensual consultas
TOTALES	2 070 560	100%	4 837 764	100%	403 147
CENTRAL	1 083 024	52.3	2 787 404		
Región Central Noroeste	408 600		1 104 651	22.8	92 055
Región Central Este	435 148		1 044 443	21.6	87 036
Región Central Oeste	280 257		638 310	13.2	53 193
NORTE	327 368	15.8	738 004	15.2	61 501
PACIFICO SECO	326 489	15.7	624 359	13.0	52 029
ATLANTICA	137 565	6.6	354 455	7.3	29 538
PACIFICO SUR	196 114	9.6	333 542	6.9	27 795

FUENTE: Estadística C.C.S.S., 1977.
Dirección Técnica de Planificación.

REGIONES PROGRAMATICAS DE SALUD
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

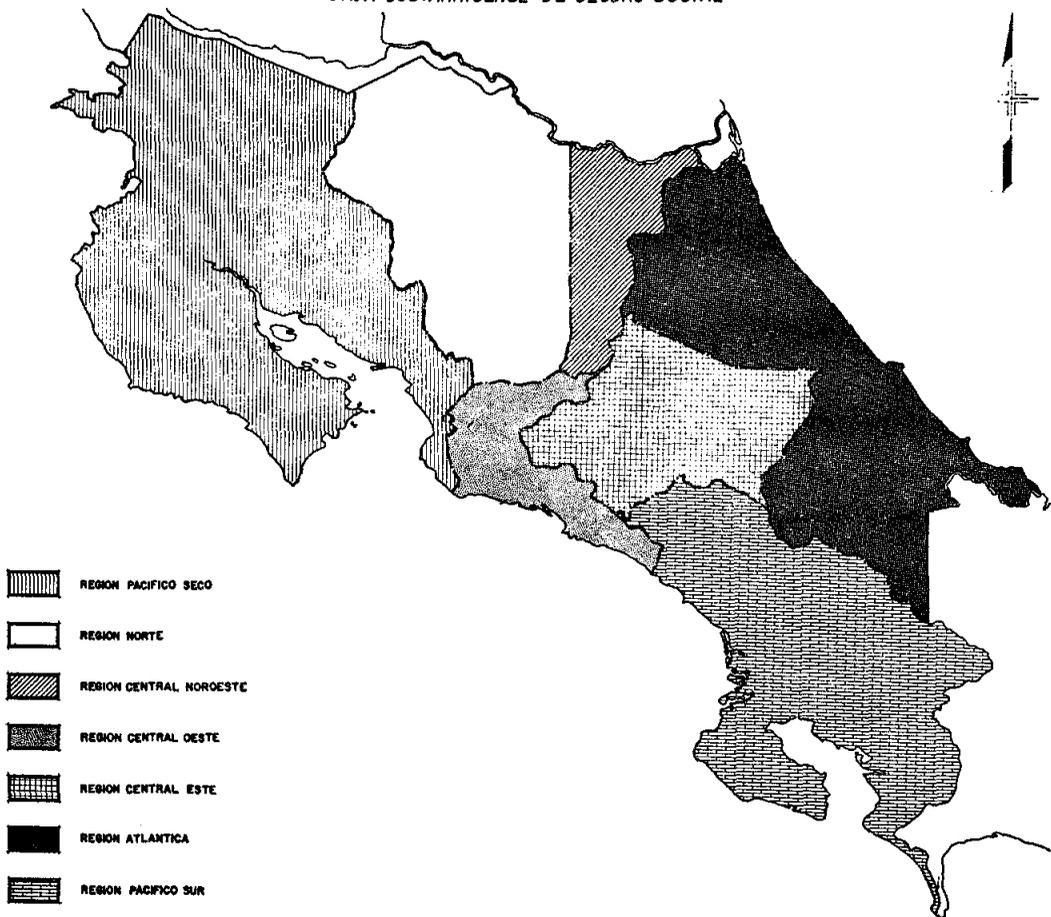
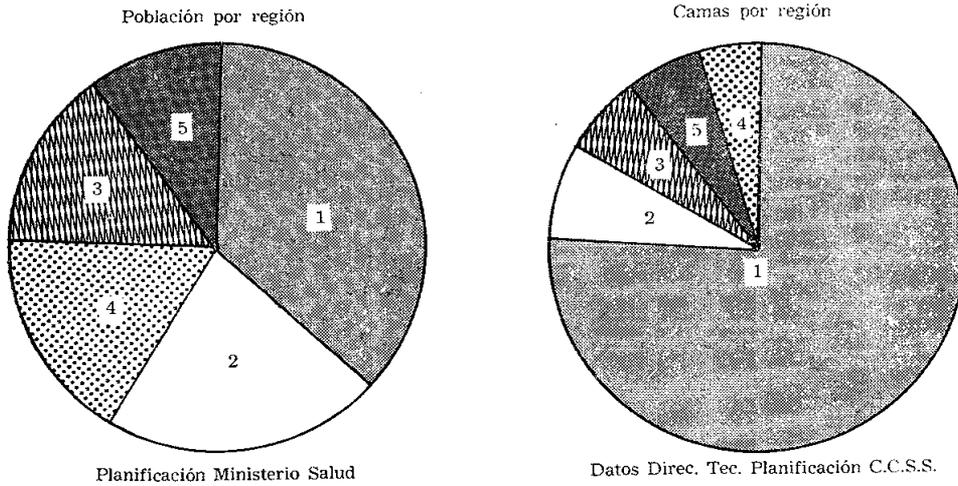


GRÁFICO N° 17
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
DISTRIBUCION POR CAMAS Y POBLACION NACIONAL
POR REGION PROGRAMATICA



REGION	POBLACION	%	Camas	%
Región Programática N° 1	1.083,024	37.7	5,269	76.05
Región Programática N° 2	327,368	22.7	553	8.0
Región Programática N° 3	326,489	14.4	470	6.82
Región Programática N° 4	137,565	16.7	247	3.56
Región Programática N° 5	196,114	9.4	386	5.57
Totales	2.070,560	100.0%	6,928	100.0%

CUADRO N° 17

EGRESOS DE PACIENTES POR HOSPITAL, SEGUN REGION PROGRAMATICA

1 9 7 7

Regiones	Egresos	Egresos de pacientes hospitalizados	\bar{X} mensual de egresos	% por hospital	% por región o área
TOTAL		194 397 **	18 574		
REGION PROGRAMATICA N° 1					
REGION CENTRAL					
REGION CENTRAL NOROESTE ¹					15.10
Hospital México		24 262	2 022	10.9	
Siquiátrico Nacional *		2 063	516	2.8	
Dr. Chacón Paut *		27	7	0.0	
San Vicente de Paúl		3 142	262	1.4	
REGION CENTRAL ESTE					19.10
Dr. Calderón Guardia		21 820	1 818	9.8	
Dr. Max Peralta		13 428	1 119	6.0	
Turrialba		7 444	620	3.3	
REGION CENTRAL OESTE					30.40
San Juan de Dios *		12 185	3 046	16.4	
Nacional de Niños		16 744	1 395	7.5	
Instituto Materno Infantil Carit.		10 638	886	4.7	
Dr. Blanco Cervantes		2 239	186	1.0	
Dr. Max Terán V.		1 688	140	0.8	
REGION PROGRAMATICA N° 2					
REGION NORTE					10.80
San Rafael-Alajuela		11 643	970	5.2	
San Francisco de Asís-Grecia		4 909	409	2.2	
San Carlos		7 619	635	3.4	
Dr. Valverde Vega-San Ramón		—	—	—	
Los Chiles		—	—	—	
REGION PROGRAMATICA N° 3					
REGION PACIFICO SECO					10.00
Monseñor Sanabria-Puntarenas		10 169	847	4.7	
Dr. Enrique Baltodano-Liberia		5 942	495	2.7	
La Anexión-Nicoya		5 738	478	2.6	
Upala		—	—	—	

Regiones	Egresos de pacientes hospitalizados	\bar{X} mensual de egresos	% por hospital	% por región o área
REGION PROGRAMATICA N° 4				
REGION ATLANTICA				5.60
Dr. Tony Facio-Limón	9 242	770	4.1	
Guápiles	3 301	275	1.5	
REGION PROGRAMATICA N° 5				
REGION PACIFICO SUR				9.00
Dr. Escalante Pradilla-S. Isidro	8 987	749	4.0	
Golfito	3 091	257	1.4	
Dr. Tomás Casas	1 910	159	0.9	
Ciudad Neilly	1 770	147	0.8	
San Vito de Coto Brus	2 557	213	1.1	
Coto 47	1 839	153	0.8	

* Datos de septiembre a diciembre, 1977.

** No incluye datos del Hospital San Juan de Dios, Siquiátrico y Dr. Chacón Paut, en el período de enero a agosto de 1977, ni tampoco del hospital Dr. Valverde Vega.

¹ No incluye H. Nacional de Rehabilitación, por no tener pacientes hospitalizados a esa fecha.

NOTA: Los Chiles y Upala están en construcción.

FUENTE: Estadística C.C.S.S., 1977.

Dirección Técnica de Planificación.

3.3.6 Niveles de Atención:

Para lograr lo anterior el servicio estará regionalizado y estructurado por niveles de atención y referencia, de manera que facilite a todas las personas el acceso al nivel requerido de acuerdo a sus necesidades.

Los niveles de atención, en orden ascendente de complejidad de servicios y de concentración de recursos, serán los siguientes:

I. *Nivel Básico de Atención:* A cargo fundamental de personal auxiliar (auxiliares de enfermería, asistentes de salud rural y asistentes de salud comunitaria).

II. *Nivel de Atención Médica General:* A cargo principalmente de personal profesional general y con algunas especialidades básicas necesarias, como Pediatría y Obstetricia.

III. *Nivel de Atención Médica General y Especializada:* A cargo fundamentalmente de profesionales con especialidades básicas (Pediatría, Ginecobstetricia, Cirugía y Medicina Interna) y con algunas subespecialidades necesarias como Psiquiatría, Ortopedia y Traumatología, Cardiología, Otorrinolaringología y Oftalmología.

IV. *Nivel de Atención Médica altamente Especializada:* A cargo fundamentalmente de profesionales altamente calificados, que incluyen las subespecialidades.

Estructura:

La regionalización comprende dos estructuras bien definidas denominadas: estructura productora de bienes y servicios y estructura administrativa.

Estructura Productora de Bienes y Servicios:

La que más adelante denominaremos estructura horizontal, está formada por la red de establecimientos de salud de complejidad decreciente del centro a la periferia para el mejor cumplimiento de sus funciones a cada nivel operacional.

Cada nivel operativo de acuerdo a su estrato requiere de un establecimiento de salud para asegurar resolver el mayor número de problemas de salud localmente antes de referirlos a un nivel superior.

Niveles Operativos o de Atención:

Para la atención de salud a la población de una Región Programática de Salud se han considerado cuatro niveles que a continuación se definen:

NIVEL DE ATENCION NACIONAL

Hospital Nacional:

Es el establecimiento de salud más desarrollado del país y por lo tanto complejo.

Se encuentra localizado en la capital. Por existir en San José cinco hospitales de esta categoría, tres generales: México, Dr. Rafael Angel Calde-

rón Guardia y el San Juan de Dios, y dos especializados: Hospital Dr. Carlos Sáenz Herrera, para niños, y el Hospital Psiquiátrico Nacional, las altas especialidades como: Cirugía Cardio-Vascular, Neurocirugía, Cobalto Terapia, etc., seguirán implementándose en los hospitales donde actualmente se encuentren, en tanto las necesidades del país no ameriten la creación de nuevos centros.

NIVEL DE ATENCION REGIONAL

Hospital Regional:

Es el establecimiento más desarrollado y más complejo de la región, localizado en la cabecera de la Región Programática de Salud. Es responsable de ejecutar los programas básicos para la población en la zona de influencia, y de prestar servicio de apoyo para el resto de los establecimientos de la región. La prestación de los servicios de base a la población bajo su responsabilidad puede ser hecha por acción directa al paciente y a través de otros establecimientos dependientes de su región (Hospital de Area, Clínica de Consulta Externa, Puesto de Salud).

El tamaño y complejidad de los servicios de este hospital serán lo suficiente como para cumplir con el requisito de autosatisfacción de las necesidades de salud de la población de la región.

NIVEL DE ATENCION DE AREA

Hospital de Area:

Es un establecimiento menos complejo que el anterior hospital regional localizado en la cabecera de área. Responsable de brindar servicios básicos a la población de su área de influencia y complementarios a los establecimientos comprendidos en el área. Su tamaño será en función de la población a servir y sus camas y servicios se diferenciarán en las cuatro especialidades básicas.

NIVEL DE ATENCION LOCAL

Hospital Periférico:

Es un establecimiento de tamaño y complejidad intermedia, destinado principalmente a la atención ambulatoria, cuenta con camas para hospitalización transitoria y atención de partos. Su número de camas fluctúa entre 20 a 50 de acuerdo a la población a atender.

Tiene como responsabilidad brindar servicios médicos generales a la población que le corresponde y servicios de apoyo a las Clínicas de Consulta Externa y Puestos de Salud.

Clínica de Consulta Externa:

Es un establecimiento de salud de complejidad intermedia, destinado exclusivamente a atención médica ambulatoria. Sus dimensiones y complejidad dependen de la población a atender y por ende al número de horas médicas con que cuenta y la presencia de algunos servicios de diagnóstico

y tratamiento. De acuerdo a estas premisas existen cuatro clases de Clínicas de Consulta Externa, denominadas:

a) *Clínica de Consulta Externa 1*

Es la más pequeña de este tipo de establecimiento, ubicada en poblaciones cuyo número de habitantes fluctúa entre 1,000 a 5,000. Cuenta como mínimo con un médico de cuatro horas diarias, no cuenta con servicios de ayuda diagnóstica, presta servicios de apoyo a Puestos de Salud.

b) *Clínica de Consulta Externa 2*

Es un establecimiento de salud de mayor complejidad que el anterior y por lo tanto cuenta con un mayor número de horas médicas y algún servicio de ayuda diagnóstica. Se encuentra ubicado en poblaciones que fluctúan entre más de 5,000 y menos de 20,000 habitantes.

Cuenta con más de dos médicos permanentes y visitas periódicas de médicos de ciertas especialidades. Presta servicios de apoyo a las Clínicas de Consulta Externa 1 y Puestos de Salud.

c) *Clínica de Consulta Externa 3*

Es la más desarrollada y por lo tanto de mayor complejidad, en la que se proporciona consulta médica general y de especialidad. Cuenta con servicios de ayuda diagnóstica (Laboratorio). Se encuentra situada en ciudades de más de 20,000 a 50,000 habitantes.

d) *Clínica de Consulta Externa 4*

(Cabeceras de Provincia y Area Metropolitana.)

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

NIVEL DE ATENCION RURAL

Puesto de Salud:

Es la unidad fija de salud más pequeña a cargo de un Auxiliar de Salud (Dispensarista o Auxiliar de Enfermería), ubicado en localidades rurales muy pequeñas. Estará siempre bajo la supervisión y responsabilidad directa de un establecimiento de mayor importancia. Es responsable de brindar servicios básicos muy simplificados.

A. Región Programática de Salud:

Es un subsistema regional del sistema nacional de salud. Constituye una entidad funcional con dirección única para administrar los programas de

salud, destinados a satisfacer las necesidades de la población que le corresponde, "según su área de atracción" y aplicar las normas y directivas establecidas por el Nivel Central.

La Región Programática de Salud es dirigida por la Administración Regional, unidad administrativa compuesta por un Director Médico y un personal independiente de la Dirección del establecimiento de salud principal, ubicado a este nivel.

B. *Area de Salud:*

Es un subsistema regional de la Región Programática de Salud, administrativamente bien delimitado. En una Región Programática puede haber dos o más Areas de Salud.

Se caracteriza por atender a un volumen menor de población que la Región Programática; por carecer de autonomía financiera y administrativa; por contar con una administración a cargo del Jefe Médico del establecimiento principal de la localidad y un personal de área compuesto por los Jefes de Departamento y del establecimiento citado.

3.3.7 Programas de Inversión en obras de Infraestructura Física Médico Hospitalaria para mejorar la calidad de las Prestaciones Médicas

Objetivos Generales:

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

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

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

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

Las nuevas obras:

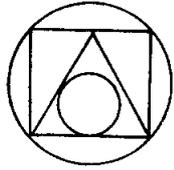
La construcción de las nuevas obras de infraestructura comprende: tres Hospitales Regionales (Limón, San Carlos y Ciudad Neilly).

Estos hospitales serán de carácter regional y su campo de acción está circunscrito a la Región Programática de Salud respectiva.

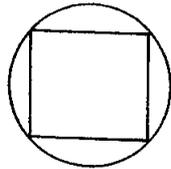
Cada uno de ellos será autosuficiente en especialidades básicas y aquellos en los cuales su infraestructura le permite atender manteniendo una estrecha relación con los centros médicos de mayor complejidad, hacia don-

GRÁFICO N° 18

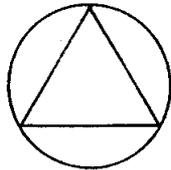
SIMBOLOGIA PARA LOS ESTABLECIMIENTOS MEDICO-HOSPITALARIOS
DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL



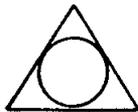
Hospital Nacional



Hospital Regional



Hospital de Area



Hospital Periférico



Clínica de Consulta Externa 1-2-3-4



Puesto de Salud

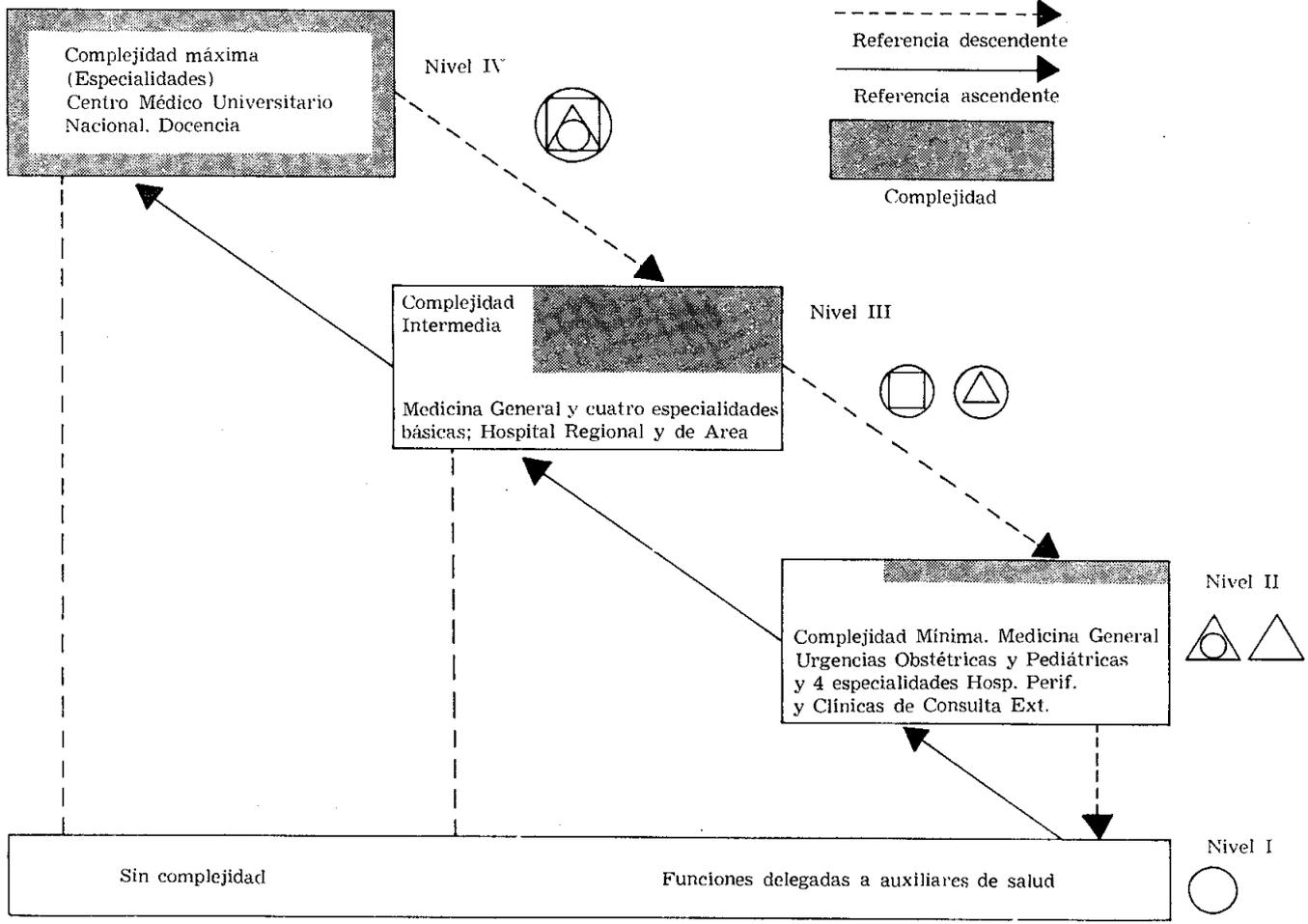
CUADRO No. 18.

SÍMBOLO	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	POBLACION ATENDER	NIVEL ATENCION	TIPO DE ATENCION	SERVICIOS QUE PRESTA	PERSONAL PERMANENTE	PERSONAL PERIODICO	LABORATORIO	RAYOS X
	HOSPITAL REGIONAL	150 A 350 CAMAS	REGIONAL	CONSULTA Y HOSPITALIZACION	CUATRO ESPECIALIDADES BASICAS Y TODAS LAS SUBESPECIALIDADES	MEDICOS ESPECIALISTAS	ESPECIALISTAS DE NIVEL CENTRAL	CLINICO Y PATOLOGICO	SI
	HOSPITAL DE AREA	50 A 200 CAMAS	DE AREA	CONSULTA Y HOSPITALIZACION	CUATRO ESPECIALIDADES BASICAS Y ALGUNAS SUBESPECIALIDADES	MEDICOS ALGUNOS ESPECIALISTAS		CLINICO	SI
	HOSPITAL PERIFERICO	20 A 50 CAMAS	LOCAL	CONSULTA Y HOSPITALIZACION MATERNO INFANTIL Y GENERAL TRANSITORIA	MEDICINA GENERAL MATERNIDAD PEDIATRIA	MEDICOS GENERALES GINECOOBSTETRAS Y PEDIATRAS		CLINICO	SI
	CLINICA CONSULTA EXTERNA 4	50.000 V MAS HBTES.	LOCAL	CONSULTA	CUATRO ESPECIALIDADES BASICAS Y TODAS LAS SUBESPECIALIDADES	MEDICOS GENERALES Y ESPECIALIST.		CLINICO	SI
	CLINICA CONSULTA EXTERNA 3	20.000 A 50.000 H.	LOCAL	CONSULTA	CUATRO ESPECIALIDADES BASICAS Y ALGUNAS SUBESPECIALIDADES	MEDICOS GENERALES Y ALGUNOS ESPECIALIST.	ALGUNOS ESPECIALISTAS	CLINICO	NO
	CLINICA CONSULTA EXTERNA 2	5.000 A 20.000 H.	LOCAL	CONSULTA	CUATRO ESPECIALIDADES BASICAS	MEDICOS GENERALES Y ESPECIALIST.		CLINICO	NO
	CLINICA CONSULTA EXTERNA 1	1.000 A 5.000 H.	LOCAL	CONSULTA	MEDICINA GENERAL	MEDICOS GENERALES		NO	NO
	PUERTO DE SALUD	500 A 1.000 H.	RURAL	CONSULTA	MEDICINA PREVENTIVA PRIMEROS AUXILIOS	AUXILIAR ENFERMERA	MEDICO GENERAL	NO	NO

GRÁFICO Nº 19

NIVELES DE ATENCION MEDICA INTEGRAL

(FLUXOGRAMA DE PACIENTES)



de canalizará los casos que necesitan un cuidado médico más delicado. Los servicios serán para toda la población, sin discriminación.

El costo global de los tres hospitales regionales se eleva a la suma de ¢117.854,835.00.

Tres hospitales periféricos: Upala, Los Chiles y San Vito de Java. El monto de las inversiones en estos tres hospitales es de ¢24.145,000.00.

Estos centros prestarán sus servicios de hospitalización y de consulta externa que requieren esas poblaciones, remitiendo a los hospitales de mayor complejidad los casos necesarios para constituir en esta forma la pirámide de niveles de extensión médica.

Doce clínicas de consulta externa distribuidas en todo el país, básicamente en las zonas rurales.

La inversión de estas clínicas de consulta externa es por un total de ¢27.090,000.00.

En la totalidad de esas nuevas clínicas se prestarán servicios de Medicina General y Medicina Preventiva; y en muchas de ellas habrá servicios médicos especializados, de acuerdo con el lugar y con las necesidades al respecto. El tipo de estos edificios permitirá, mediante el sistema de módulos, modificar y ampliar sus estructuras, según sea necesario en el futuro. (Ver cuadro N° 20A.)

Incremento de los Recursos Humanos:

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

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

135 médicos.

120 enfermeras

354 auxiliares de enfermería.

16 odontólogos.

23 microbiólogos.

14 farmacéuticos.

105 técnicos.

239 técnicos administrativos.

530 personal de apoyo (limpieza, mantenimiento y otros).

Para un total de 1,536 nuevos empleados profesionales al servicio de la medicina social.

Programas de Cooperación Técnica:

Toda esta acción que ha generado el otorgamiento del préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo contiene un valioso complemento que es el Programa de Cooperación Técnica, incluido dentro del crédito y que será aportado por el propio B.I.D.

CUADRO N° 20 A

NOMBRE DE LA UNIDAD	SIMBOLOGIA	POBLACION ESTIMADA AL 1-7-77 ^{1/}	FECHA PROB. TERMINACION SEG. CONTRATO.	NUMERO CAMAS	
				ACT.	NUEVO HOSP.
<u>Hospitales</u>	Regional				
- Limón		83.877	27-11-1979	163	228
- San Carlos		80.992	01-03-1979	121	256
- Ciudad Neily		15.555	02-05-1980	27	150
<u>Clinicas Materno-Infantiles</u>	De Area				
- Upala	Hosp. Periférico	18.866	12-10-1979		24
- Los Chiles		6.887			26
- San Vito		23.107	10-09-1979	22	32
<u>Clinicas de Consulta Externa</u>	Cl. Cons. Ext.				
- San Joaquín de Flores		28.185	Concluida		
- Jicaral		21.327	30-01-1979		
- La Cruz		10.137	13-10-1978		
- 27 de Abril		11.307	15-05-1978		
- Hojancha		8.627	22-05-1978		
- Colonia Carmona		13.342	22-05-1978		
- San Rafael de Heredia		17.348	10-12-1978		
- Chomes		11.881	31-05-1978		
- Cariari		8.082	22-05-1978		
- La Cuesta		7.006	04-06-1978		
- Dota		4.630	22-05-1978		
- La Perla		643	22-05-1978		
<u>TOTALES</u>		<u>371.799</u>		<u>333</u>	<u>716</u>

1/ FUENTE: Revista de Población N° 40.

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

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

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

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

RESUMEN II ETAPA PROYECTO C.C.S.S.-B.I.D.

País:	Costa Rica.
Proyecto:	Infraestructura básica médico-hospitalaria del Seguro de Enfermedad y Maternidad. 11.
Prestatario:	Caja Costarricense de Seguro Social.
Organo Ejecutor:	Caja Costarricense de Seguro Social.
Costo total del Programa:	US \$38.0 millones. Compuesto por: a) Aporte del BID US \$30.0 millones. b) Aporte local (fondos de contrapartida) US \$8.0 millones.

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

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

Características Generales del Proyecto:

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

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

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

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

Beneficios Esperados:

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

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

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

4. Prestación integral en el otorgamiento de los servicios de salud

La medicina integral presupone la práctica médica como la define el Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española, es decir: "Ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades", y sólo se requiere del conocimiento, las facilidades y el personal de las ciencias médicas para llevarla hasta un cierto nivel de perfección y extensión. En cambio, una práctica integral de salud pública presupone que el conocimiento, las facilidades y el personal necesario sea tanto del campo de las ciencias médicas y sus auxiliares como de las ciencias de ingeniería, de la conducta, estadísticas y otras.

Las actividades en salud pública pueden ser realizadas por un individuo, un grupo, una institución o un conjunto de instituciones. Si el marco de referencia dentro del cual actúan está diseñado para cumplir funciones polivalentes, entonces cada uno de los elementos mencionados puede ofrecer, en un mayor o menor grado, una práctica integral de salud.

El ejemplo típico de la práctica profesional integral individual es la del médico, quien tanto en el ejercicio privado como institucional puede, de acuerdo con la ciencia médica moderna, tener en cuenta y atender aspectos de fomento, protección y recuperación de la salud. Lo mismo podría decirse de otros profesionales que trabajan en el campo de la atención médica.

Teóricamente y en la práctica puede ejercerse la medicina integral en una institución que no haya alcanzado la integración de sus funciones. En otras palabras, ambos aspectos pueden planearse o realizarse en esferas distintas.

En la práctica de salud integrada que requiera la participación de varias disciplinas científicas debe constituirse un grupo integrado por funcionarios del campo de la ingeniería de las ciencias de la conducta, estadísticas, médicos y otros que identifique sus propósitos, complemente sus objetivos y detalle un programa definido de acción. Dentro del marco de sus funciones ese grupo estará cumpliendo una etapa de coordinación en representación de la institución a la que pertenecen, la cual tenderá, así, hacia una práctica de salud integral. En este caso la dirección adecuada del establecimiento de salud, que cuenta con dichos recursos y cuya finalidad es proporcionar servicios de salud integral a la comunidad, sería uno de los factores que contribuiría a la materialización de este objetivo. Otro factor sería el establecer y llevar a la práctica el trabajo en equipo de los funcionarios de las distintas disciplinas.

La posibilidad de una práctica de salud integral realizada individualmente por un trabajador de salud depende mucho del tipo de orientación y preparación que haya recibido durante su formación profesional. De ahí el esfuerzo que en tal sentido se hace en la universidad y en otros centros docentes en los que se forma personal para la salud, para impartir conocimientos y experiencias que les permita contribuir a lograr objetivos globales.

La posibilidad de una práctica de salud integral de varios establecimientos de salud depende en gran parte de las responsabilidades asignadas al sistema al cual pertenecen. Los de mayor importancia en América Latina son los Ministerios de Salud Pública, los sistemas de seguridad social, las juntas de beneficencia y otros. Por tanto debe hacerse un esfuerzo para precisar el papel que cada sistema del sector de salud pública tendrá dentro del plan nacional de salud y debe señalarse la urgencia de seguir una política nacional formulada sobre la base de una apreciación científica de las necesidades y los recursos disponibles y potenciales. El plan nacional de inversiones y la reestructuración del sector salud han dado y continuarán dando oportunidades, ya sea para el fortalecimiento de los sistemas individualizados o para la fusión de varios para conformar organismos mayores, con responsabilidades más generalizadas que abarquen mayor número de acciones y ofrezcan así una práctica integral de la salud.

Parece ser que mientras la posibilidad individual de contribuir a la realización de una práctica de salud integral disminuye según el individuo ocupa posiciones de mayor responsabilidad técnica y alcanza posiciones más altas en los distintos niveles operacionales, la posibilidad de convertir en realidad una práctica institucional aumenta conforme se asciende de nivel. Sólo los cuerpos directivos o las decisiones del Gobierno pueden modificar la orientación de la política seguida por cada una de las grandes entidades que operan en el campo de la salud. Los elementos conceptuales de una

práctica integral de salud deben así ser claramente conocidos e interpretados por los distintos niveles de Gobierno.

Los grandes hospitales generales urbanos, así como los centros médicos universitarios y los institutos nacionales de salud representan estructuras de gran complejidad y en la que se reconocen elementos de la más alta especialización. Es, en consecuencia, muy difícil que todos y cada uno de los servicios dependientes de estos organismos centrales tengan una estructura intrínseca de carácter integral. Es, sin embargo, necesario que cada uno de ellos forme parte de un sistema nacional que en su conjunto debe ser integral aun cuando cada uno de sus elementos especializados puede conservar sus características específicas, justamente para alcanzar mayor eficiencia en su acción en profundidad en el estudio y solución de problemas especializados.

A medida que se desciende a los niveles intermedio y local de la estructura administrativa de salud, la especialización se va haciendo cada vez menos aparente y, por el contrario, la integración de actividades preventivas y curativas va adquiriendo mayor importancia. Es así como al llegar a los servicios locales de salud más simples y elementales, la integración preventivo-curativa debe ser total y es a este nivel local donde los programas nacionales de salud se ejecutan y en donde se produce la relación del médico con su paciente en una fusión admirable de ideales comunitarios y de objetivos médico-sociales. La integración es uno de los principios éticos fundamentales de la profesión médica que se ha venido practicando en forma natural y espontánea a través de los años desde Hipócrates y Esculapio hasta nuestros días. Teniendo presente estos principios doctrinarios, la primera Reunión de Ministros de Salud, celebrada en Washington en 1963, declaró que "la doctrina de la integración no admite separación entre prevención y curación, ya que existe una dependencia mutua entre la medicina individual y la medicina colectiva".

4.1 Acciones de Medicina Integral en la Caja Costarricense de Seguro Social:

Partiendo de la relación personal entre médico-paciente que se da en la medicina curativa, la Institución, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud, ha incluido dentro de sus programas de servicios, acciones de medicina preventiva, en donde exista también esta relación individual médico-paciente (quedando a cargo del Estado la medicina preventiva que se refiere a la protección del ambiente).

La rehabilitación física y mental han sido acciones emprendidas por la Caja que se han intensificado recientemente al asumir bajo su administración los hospitales nacionales de Neurosiquiatría y de Rehabilitación.

De esta manera hemos llegado al concepto de "medicina integral", pero aún nos falta para llegar plenamente a la práctica de la misma.

5. Proceso y culminación de la etapa del desarrollo institucional para la extensión del campo de aplicación

La aplicación de principios modernos de organización y métodos administrativos, especialmente en la gestión de la atención médica, traerá consigo una mejor eficiencia de estos servicios y sobre todo una mayor rapidez

en la concesión de los beneficios, todo lo cual trae prestigio a los servicios frente a los usuarios y al mismo tiempo ofrece la posibilidad de comparar métodos administrativos y costos de los servicios para poder evaluar su rendimiento y programar el desarrollo futuro.

Esfuerzos realizados. Limitaciones

Sería evidentemente utópico pensar que todos los países pudieran establecer sistemas nacionales de salud de inmediato. Ni sus recursos humanos ni financieros se lo permitirían. Es imperioso reconocer que los servicios de salud han sido objeto de las mayores preocupaciones, esfuerzos e iniciativas y que en ellos se han manifestado con verdadera mística el empeño profesional y técnico de miles de hombres y mujeres. Esfuerzos políticos, tecnológicos, financieros y administrativos de gran mérito han tratado de mejorar las cosas para levantar la competencia de los servicios de salud a la altura de las demandas.

Todas estas iniciativas han producido buenos resultados en términos de mejor respuesta a las necesidades planteadas por la salud de los países. Han hecho falta, sin embargo, ciertos elementos de estrategia que complementarán aquellos trabajos y les den la debida consistencia dentro de un esquema de desarrollo institucional. De esos elementos, en la mayoría de los casos han faltado algunos o todos de los siguientes puntos:

Objetivos claros y declarados.

Metas programadas y evaluadas.

Apoyo superior.

Suficiente participación del personal significativo.

Continuidad.

Enfoque integral de las acciones.

Acciones orientadas hacia el desarrollo, tanto o más que hacia la solución de los problemas cotidianos de operación.

La falta de estos elementos o de algunos de ellos, en determinado momento, fue probablemente la causa de que muchas iniciativas se perdieran en el camino y de que ideas meritorias y medidas de organización costosas se neutralizaran o se multiplicaran. Todos nosotros hemos sido partícipes o testigos de muchos casos de esta índole, generalmente un doble efecto negativo: pérdida de una idea valiosa y pérdida de la fe para volver a empezar.

Hacia un Desarrollo Integral de la Empresa de Salud

En este documento presentamos un modelo de trabajo que ha iniciado con éxito; no es un esquema riguroso, ni una doctrina pura, ni una idealidad.

Los elementos de trabajo y los criterios que se proponen no vienen a sustituir a ninguno otro ni a demostrar que lo anterior estaba equivocado, sino a aportar un enfoque y una mentalidad complementarios. Es evidente que sin recursos suficientes, sin competencia gerencial, sin desarrollo del recurso humano, sin políticas lúcidas y firmes, sin conciencia médico administrativa acendrada y mística de servicio público, es muy poco lo que

se logra en bien de la salud de nuestro pueblo. Esos elementos no pueden ser sustituidos y deben ser reforzados. Pero lo importante es ponerlos a todos juntos, en la debida perspectiva, alineados conscientemente en pro de una causa común y de objetivos comunes entendidos por todos. En eso consiste la reforma administrativa integral; y eso es muy difícil de lograr o, simplemente, imposible de acometer, si no se actúa con calma, con claridad de propósitos, con un método adecuado, con mentalidad positiva y con muchas ganas de trabajar. Estas condiciones sugieren que el desarrollo institucional es un proceso de acciones ordenadas racionalmente y que, por lo mismo, requiere que previamente se diluciden por lo menos las siguientes cuestiones:

¿Cuál es la naturaleza de la organización y qué papel juega en el medio?

¿Cómo es la organización?

¿Cuáles son sus problemas estratégicos y cuáles son los efectos de esos problemas?

¿Cómo debería ser la organización ideal?

¿Cómo debería ser la organización óptima?

¿Cuáles serían las alternativas de optimización?

¿Cuál sería el camino mejor hacia la solución adoptable o adoptada?

¿Cuáles son los recursos para ejecutar los trabajos?

¿Cuáles serían las limitaciones, problemas y desventajas de la solución adoptada?

¿Cuáles serían las metas físicas?

¿Quiénes serían responsables por las decisiones necesarias?

¿Quién sería responsable por el diseño, activamiento, implantación y evaluación de las acciones?

Lo que nos parece importante es que las autoridades responsables de la planificación económica y social y especialmente de la planificación de la salud y de la seguridad social tengan claro en sus mentes que es necesario establecer un plan progresivo de desarrollo, que tendrá como meta final la organización de un sistema nacional de salud, que ofrezca cobertura universal, que otorgue prestaciones integradas de medicina preventiva y curativa sin barreras financieras a toda la comunidad y que procure obtener el más alto grado de salud para todos los habitantes sin discriminaciones.

Como antecedentes en la reorganización administrativa de los Servicios Médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social, la Junta Directiva, en sesión número 5217 del 7 de junio de 1978, conoció y aprobó la reorganización administrativa de los servicios médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social, inspirada en la firme convicción de que es conveniente una política de mejora y superación en los servicios que han sido puestos al cuidado de la Institución. Por el crecimiento experimentado en los últimos años se hace necesario delegar mayores atribuciones y responsabilidades en los funcionarios de diferentes niveles de ejecución, en un proceso de desconcentración que permita un mayor grado de autonomía administra-

tiva en los distintos hospitales y clínicas de consulta externa, así como la promoción de iniciativa y creatividad en los funcionarios y unidades operativas.

Por lo anterior, y con miras a lograr una pronta y eficaz reorganización administrativa para la ejecución de los programas de asistencia médica, se ha regionalizado el país en cuatro zonas rurales (Norte, Atlántica, Pacífico Seco y Pacífico Sur) y tres centrales:

- A. Hospitales México, Centro de Rehabilitación, Heredia, Siquiatrico.
- B. Hospitales San Juan de Dios, Nacional de Niños, Blanco Cervantes.
- C. Hospitales Calderón Guardia, Cartago, Turrialba.

Cada zona contará con un Director Regional para supervisar y evaluar los programas de salud con un mayor grado de independencia, así como aplicar las normas y directrices establecidas por el nivel central, de común acuerdo con los directores de hospitales, clínicas y dispensarios.

Para manejar las relaciones entre la sede de la Caja Costarricense de Seguro Social y el resto del sistema en lo que respecta a los servicios médicos y hospitalarios, se ha creado el Consejo Coordinador de Servicios Médicos, constituido por los siete Directores Regionales y el Presidente Ejecutivo. Contará con la ayuda de un Delegado Ejecutivo y a sus sesiones asistirán el Gerente, los Subgerentes o cualquier otro funcionario, cuando su participación sea requerida. Asimismo podrá asistir a todas las sesiones el Ministro de Salud o su Delegado, para integrar los programas de medicina asistencial y preventiva.

El Consejo, en coordinación con los Directores Regionales, será el ente encargado de organizar, dirigir, controlar y poner en práctica todas las actividades profesionales y administrativas de los servicios médicos de la Institución.

6. Recursos humanos y financieros

Hemos considerado dentro del esquema de organización para utilizar los recursos en las prestaciones médicas, hacer un preámbulo con dos de los recursos principales: el humano, que será quien pondrá a disposición de los derechohabientes los otros recursos, y los financieros, por la problemática crónica que presentan en nuestro caso.

En cuanto a los recursos humanos presentamos además los programas de desarrollo, como acciones emprendidas con el propósito de mejorar la prestación de los servicios tanto desde el punto de vista del trato humano como el técnico.

6.1 El papel de los Recursos Humanos en el proceso de Universalización de los Seguros Sociales:

El sector salud presenta una característica que lo distingue esencialmente de otros componentes del desarrollo económico y social: en forma mucho más determinante que en otros sectores, los servicios que producen las instituciones de salud dependen de la labor de grupos multiprofesionales que deben operar con un alto grado de coordinación. Es el equipo humano,

con toda la complejidad de su estructura y de su función, el elemento fundamental para la producción adecuada de las prestaciones de salud requeridas por la ejecución de los diversos programas.

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

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

Planificación de los Recursos Humanos:

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

Gráfico Nº 24. Distribución del Personal según área geográfica.

Aquí observamos en forma global cómo se distribuye el personal de la Institución por área geográfica, correspondiendo a la zona urbana la mayoría de empleados, circunstancia que concuerda con la situación operativa del sector, pues en la zona urbana donde están ubicados los centros hospitalarios de mayor jerarquía (hospitales nacionales y especializados), así como las oficinas administrativas centrales de la Institución.

Políticas para el quinquenio 1978-1982:

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

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

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

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

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

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

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

6.2 Programa de Servicio Voluntario:

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

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

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

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

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

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

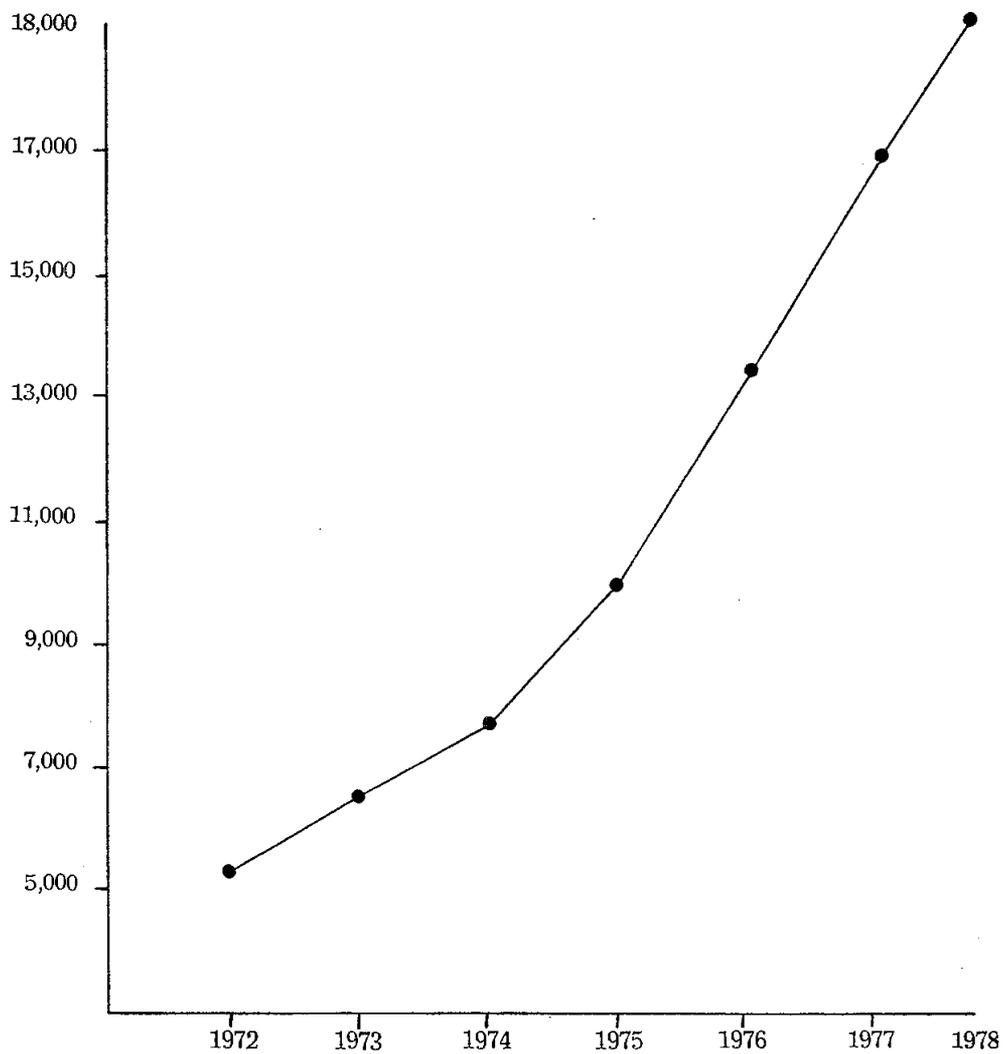
6.3 Desarrollo de Recursos Humanos:

Propósitos:

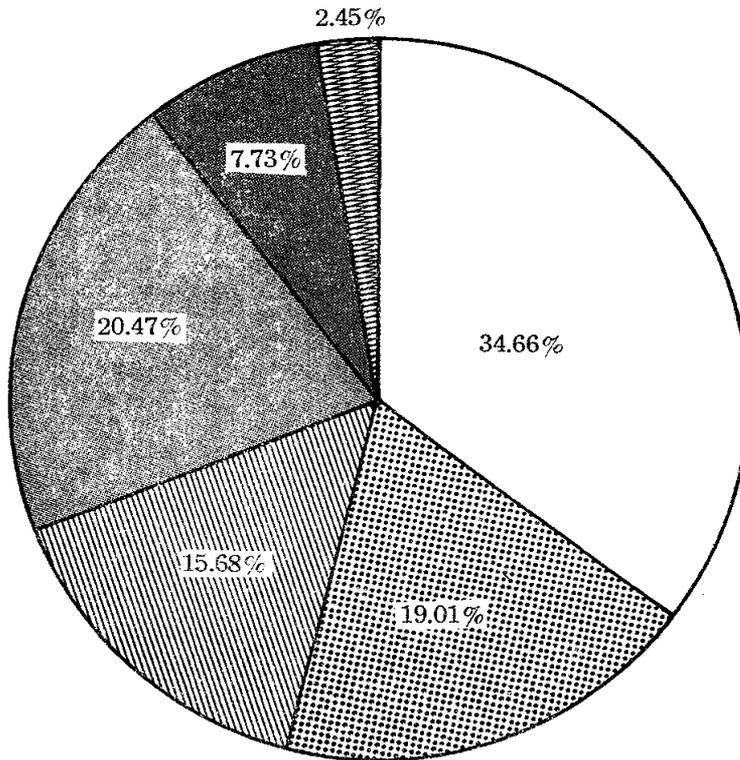
El objetivo fundamental de nuestras actividades se orienta hacia la con-

GRÁFICO N° 22

CRECIMIENTO EN EL NUMERO DE EMPLEADOS
DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
1972 - 1978



DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE LA INSTITUCION
POR GRUPOS OCUPACIONALES



Personal misceláneo



Personal administrativo



Personal Paramédico
Auxiliar



Personal de enfermería

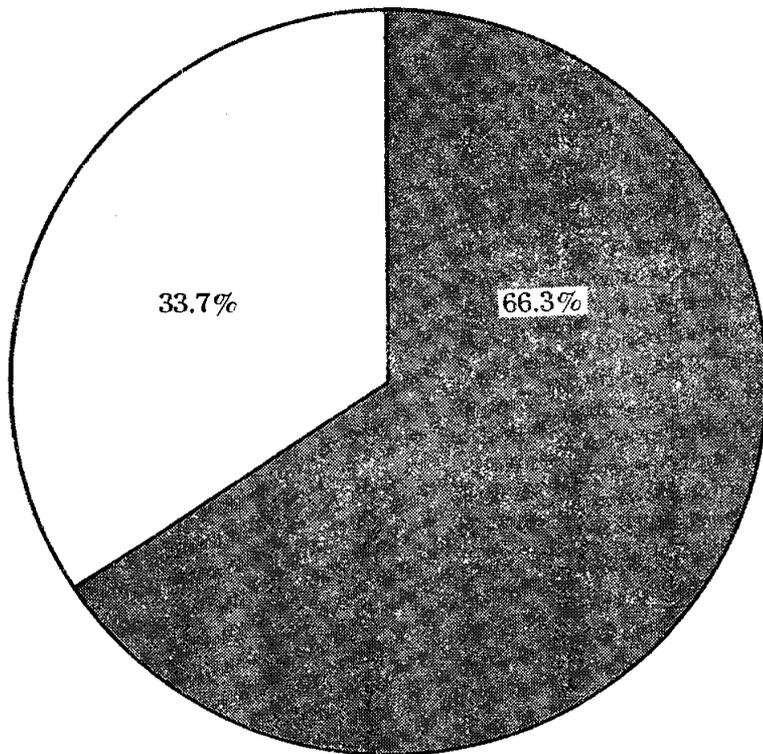


Médicos



Otros profesionales en Ciencias
Médicas

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



Urbana



Rural

secución de mejoras en la prestación de servicios y el establecimiento de un clima laboral que posibilite la toma de conciencia de que nuestro trabajo en la Caja es una actividad humana y gratificante. Los servicios que prestamos son el resultado de la aptitud de los miembros, más la calidad del medio ambiente en que se desarrollan.

En términos generales, para alcanzar mejoras en la prestación de servicios, deben introducirse modificaciones en la conducta laboral propiciando cambios positivos de aptitudes y actitudes a través de programas de capacitación que incrementen los conocimientos y capacidades técnicas y de motivación que permitan lograr concientización institucional y sensibilización humana.

Sobre este particular puede aceptarse que el sistema de reclutamiento y selección de personal provea a nuestra organización elementos con un nivel de aptitudes aceptable para el desempeño de cada uno de los diferentes cargos; de hecho cada uno de nosotros es poseedor en menor o mayor grado de ciertas aptitudes.

De esto puede inferirse que este aspecto no es el más prioritario dentro de los que debemos atender.

Somos del criterio de que lo más urgente es atender lo relativo al aspecto de la motivación a través de sesiones de participación conjunta de trabajadores y supervisores; siempre y cuando sean permanentes, regularmente periódicas y ayuden a enriquecer el trabajo (mejora de métodos, replanteamiento de objetivos, etc.), permiten encauzar las inquietudes del personal provocando la participación abierta y garantizando la libertad de expresión en un clima de confianza.

Lo anterior no implica descuidar la formación y adiestramiento del personal de todos los niveles.

Entendemos la participación como un proceso social que se debe gestar, iniciar y recorrer en forma gradual con objeto de garantizar que se practicará en forma racional y orientada. De otra forma se correría el riesgo de caer en la anarquía, debilitar el principio de autoridad o sencillamente no se lograría la participación buscada.

Una primera fase del proceso será que los supervisores aprendan a dar participación y los empleados a usarla convenientemente.

El acceso a la participación para encontrar mejores formas de hacer las cosas y comunicar las experiencias personales ya es una parte importante de enriquecimiento del trabajo, pudiendo estar garantizado que el propio personal establecerá el diseño y procedimiento de trabajo más interesante, eficiente y con un amplio contenido humano.

De lo anterior se infiere que debe utilizarse una estrategia diferente para cada nivel. A nivel directivo en la etapa de sensibilización se han impartido seminarios sobre Motivación y Dirección de Recursos Humanos y Análisis Transaccional, que han pretendido despertar conciencia de la necesidad de adoptar un nuevo estilo de jefatura bilateral, flexible y participativo. Los estratos operativos, por su parte, han recibido cursos sobre Relaciones Humanas e Inducción de Nuevos Trabajadores.

En ambos niveles para el logro del aprendizaje en participación se tendrán funcionando los siguientes programas:

1º Orientación e Integración Institucional:

Permitirá a los asistentes conocer y practicar un método efectivo de participación mediante el análisis y resolución de problemas institucionales

en grupo con participación de jefes y subalternos. En este proceso se establecerán las siguientes etapas:

- a) Análisis, discusión y solución de situaciones ficticias.
- b) Estudio de temas generales relacionados con la seguridad social.
- c) Estudio y discusión de problemas propios de cada unidad de trabajo.

A esta fecha nos encontramos trabajando con la colaboración del Departamento de Relaciones Públicas en la preparación de la primera de las etapas antes indicadas utilizando para ello las Leyes y Reglamentos de la Caja.

2º Motivación y Dirección de Recursos Humanos:

Las actividades de este programa están dirigidas a los niveles de supervisión, pues en éstos radica la posibilidad de adoptar cambios que orienten positivamente la energía de los trabajadores.

El programa comprende seminarios vivenciales que permitirán a los supervisores participantes descubrir por sí mismos la necesidad de adoptar un esquema de dirección participativo.

3º Relaciones Humanas para la Supervisión:

Curso de instrumentación para dar seguimiento al seminario anterior, comprende una serie de casos a observar mediante la asignación de roles y la obtención de conclusiones finales con la participación de todos los asistentes. Se brindarán los aspectos esenciales de la teoría que comprenda cada caso.

4º Inducción de Nuevos Trabajadores:

Este programa se reanudó a partir de agosto de 1976 y tiene como objetivo facilitar la integración social de los nuevos empleados al ambiente institucional; ofrece información de utilidad sobre los antecedentes, organización actual de la Institución y sobre las normas y políticas que regulan la carrera administrativa de la Caja y los incentivos y beneficios que ésta otorga a sus empleados.

5º Cursos sobre Relaciones Humanas:

En estas actividades participan trabajadores de todos los niveles; se pretende suministrar algunas técnicas para trabajar más armónicamente a través del conocimiento de sí mismo y de los demás con el propósito de humanizar los servicios que presta la Institución. La información teórica se complementa con dinámicas de grupo.

Como resultado de los puntos anteriores se espera obtener los siguientes beneficios:

- a) Mejoramiento de los servicios a los derechohabientes por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social mediante un cambio de actitud de sus integrantes, para lograr así la identificación del trabajador con los objetivos de la Institución.
- b) Que sensibilizando y humanizando la administración de personal

se obtiene también una mayor participación del trabajador en la toma de decisiones, y de esta manera éste se sienta parte del sistema y del subsistema en que se desenvuelve.

- c) Una vez logrado el cambio de comportamiento del elemento humano y en la organización se mantendrían normas o procedimientos que garanticen en forma permanente la dinámica de este cambio.
- d) Que quienes cumplen con funciones directivas en la Institución cuenten con instrumentos propios y eficaces a fin de establecer adecuados canales democráticos de comunicación para el ejercicio de su autoridad y responsabilidad.

La etapa de madurez que nos proponemos alcanzar pretende buscar la coincidencia de los objetivos individuales con los de la organización y atenuar los efectos provocados por el dinámico cambio del ambiente sobre nuestra Institución al facilitar su adaptación a las nuevas condiciones; con esta estrategia educativa se modificarán las carencias, actitudes y valores de quienes se encuentran involucrados.

Precisamente en la búsqueda de este objetivo, nuestra fase de investigación en la actualidad se encuentra abocada a un trabajo sobre la consulta externa pues es una de las fases que afectan el prestigio institucional a nivel externo y es a nuestro juicio uno de los principales problemas a los que la Caja debe buscar urgente solución. Además la investigación abarcará el nivel interno para tener una imagen integral de los factores que entorpecen el funcionamiento de la organización.

Sabemos que hay muchas etapas por cumplir para el logro del pleno aprovechamiento de los recursos humanos de la Institución y para avanzar con solidez se requieren claras definiciones en cuanto al tipo de Institución que se requiere legar a las nuevas generaciones.

6.4 Organización de los Recursos Docentes de la Caja Costarricense de Seguro Social en Area Médica y Paramédica:

1º Pregrado de carreras profesionales: para médicos y estudiantes de enfermería.

2º Tecnologías médicas y personal auxiliar.

3º A nivel de postgrado.

a) Medicina: curso de especialización en las diferentes ramas de la medicina y cirugía y educación continuada para médicos de clínicas, dispensarios y hospitales regionales.

b) Curso de postgrado para enfermería.

c) Cursos para personal administrativo.

4º Ayuda a la Universidad de Costa Rica para elevar parte de su estructura física. Aportación de becas, préstamos o auxilios especiales reembolsables para las carreras de medicina pregrado, enfermería pre y postgrado; profesionales en otros campos de la medicina como farmacia, odontología, microbiología, técnicos en el campo de la salud y servicio social. Además del pago a las diferentes unidades académicas del costo unitario para los estudios en enfermería, tecnologías médicas y personal auxiliar.

CUADRO N° 19
CURSOS EN EL PAIS EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS
COSTOS PROYECTOS
1 9 7 7

371

Programas	Número cursos	Número de participantes por curso	Costo por curso	Subtotal	Costos totales
Relaciones humanas	21	30	¢ 3 500.00	¢ 74 550.00	
Inducción de nuevos trabajadores	21	35	3 000.00	63 000.00	
Motivación y dirección de recursos humanos *	4	30	3 000.00	12 000.00	
Formación de instructores	1	25	3 000.00	3 000.00	
Administración superior	3	30	10 000.00	30 000.00	
Orientación institucional	8	75			
Seguridad industrial	3	25	3 000.00	9 000.00	
Organización y funcionamiento, C.C.S.S.	4	30	3 250.00		
Seminarios, análisis transaccional ¹	20	25	250.00	5 000.00	
Taller de tecnología educativa	2	50	250.00		
					¢196 550.00
Cursos universitarios y superiores				200 000.00	
Bachillerato por madurez				20 000.00	
Enseñanza primaria				20 000.00	
Ciclo conferencias			250.00	5 000.00	
Otros cursos				33 000.00	
Seguimiento clínica A.T. en el D.O.			17 900.00	53 700.00	331 700.00
Suscripción boletines administrativos				2 150.00	
Compra de libros de texto				6 000.00	
					8 150.00
Gastos refrigerios (café, azúcar, etc.)				6 000.00	
					6 000.00
					¢542 400.00

- * Contempla sólo necesidades evidentes.
No incluye costos derivados de nuevos programas a realizar.
Con base en el proyecto de reestructuración presentado por separado.
- ¹ Se hará con recursos propios.

CUADRO N° 20
CURSOS EN EL EXTERIOR EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS
COSTO PARTICIPANTES CURSOS CIESS, 1977 *

	COSTO POR PARTICIPANTE					COSTO TOTAL		
	Días	Transporte	Matrícula	Viáticos	Hospedaje alimentación	Total	Nº Cand.	Total
1. Organización, métodos y sistemas	91	2 855.20	860.00	3 913.00	3 913.00	11 541.20	4	46 164.80
2. Mantenimiento y conservación de unidades	56	2 855.20	860.00	2 408.00	2 408.00	8 531.20	2	17 062.40
3. Dirección y organización de los servicios médicos	126	2 855.20	860.00	5 418.00	5 418.00	14 551.20	3	43 653.60
4. Planeación	70	2 855.20	860.00	3 010.00	3 010.00	9 735.20	2	19 470.40
5. Administración de recursos humanos	63	2 855.20	860.00	2 709.00	2 709.00	9 735.20	4	36 532.80
6. Administración y control financiero	48	2 855.20	860.00	2 064.00	2 064.00	7 843.20	2	15 686.40
7. Administración de la enfermería	57	2 855.20	860.00	2 451.00	2 451.00	8 617.20	4	34 468.80
8. La salud en el trabajo	57	2 855.20	860.00	2 451.00	2 451.00	8 617.20	2	17 234.40
9. Rehabilitación integral	48	2 855.20	860.00	2 064.00	2 064.00	7 843.20	2	15 686.40
TOTALES		¢25 696.80	¢7 740.00	¢26 488.00	¢26 488.00	¢86 412.80	25	¢245 960.00

* No incluye costos por permisos con salario.

CUADRO N° 21
PROGRAMA DE EJECUCION
1977

CODIGO	ACTIVIDAD	LUGAR	Duración en horsz	Número de Cursos	ero de Participantes	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Recursos		
																		I	E	
01	Bachillerato por Madurez	San José	—	1	75	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx		X	X
02	Estudios Primarios	San José	—	1	25	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx		X	X
03	Curso Relaciones Humanas	San José	33	21	462	x	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx		X		
04	Curso Inducción	San José	26	21	525	x	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx		X		
05-1	Curso Orientación Institucional	Zona Sur	8	4	400	x												X		
05-2	Curso Orientación Institucional	Optica	8	2	30		x											X		
05-3	Curso Orientación Institucional	H.S. Ramón	8	4	250			x										X		
05-4	Curso Orientación Institucional	Lab. Sol. P.	8	2	70			x										X		
05-5	Curso Orientación Institucional	H.S.J. Dios	8	8	2000				xxxx									X		
06	Curso Formación a Mandos Medios	San José	70	3	75					xx		xx		xx					X	
07	Seminario Determinación de Nec. Form.	San José	20	5	125			x		xx	x		x		x				X	
08	Curso Tecnología Educativa	San José	30	2	50		x					x						X		
09	Curso Eval. y Program. de la Cap.	San José	20	2	50		x						x						X	
10	Curso Seguridad Industrial	San José	30	3	75			x			x			x					X	
11	Curso Oratoria	San José	30	1	20						x								X	
12	Seminario Análisis Transaccional	San José	10	20	500		xx	xx	xx	xx	xx	xx	x	xxx	xx	xx			X	
13	Seminario Dirección y Motiv. R. H.	San José	20	4	100			xxxx											X	
14	Seminario Formación Instructores	San José	30	1	25			x											X	
15	Curso Org. y Funcionamiento CCSS	San José	40	4	100					xx		xx		xx		xx			X	
16	Seminario sobre Adm. Superior	San José	20	4	90						x		xx		x					
17	Seguimiento Seminarios A. T.	San José	12	3	105														X	
TOTAL				116	5152															

x = una semana.

5º Financiamiento y ayuda a actividades de formación y educación de personal médico, paramédico, a través de seminarios, talleres, congresos y cursos en materias especializadas.

Para cumplir con lo anterior el Centro de Docencia e Investigación por intermedio del Departamento de Enseñanza, se ha encargado de formar, capacitar y mantener actualizado al personal del campo de la salud en sus conocimientos científicos y técnicos. Asimismo, ha establecido y mantiene la coordinación y relaciones pertinentes con los organismos nacionales e internacionales con actividades en esta área de enseñanza y docencia.

Los objetivos del Departamento de Enseñanza son: actualizar al personal en su preparación profesional y técnica, capacitar al personal médico o paramédico, auxiliar, misceláneo y administrativo del campo de la salud, formular e incorporar los nuevos programas de enseñanza en el campo de la salud y la promoción de la enseñanza de la seguridad social.

Al Departamento de Enseñanza quedan adscritos los cursos de pregrado y postgrado profesional y carreras tecnológicas, regidos por los convenios entre la Caja Costarricense de Seguro Social y la Universidad de Costa Rica y se adscriben además las actividades de otras escuelas profesionales que se cumplen dentro del área de la seguridad social.

Se completa la integración del Departamento de Enseñanza con la Sección de Educación Continuada para médicos y enfermeras, el Consejo de Postgrado y el Curso de Adiestramiento para Auxiliares de Enfermería.

Dentro de la organización anterior la Unidad de Servicio Social, dependiente de la Administración, lleva a cabo las investigaciones socio-económicas que la Dirección del Centro y los Departamentos consideran necesarias, y participa en la organización y desarrollo de cursos que se imparten en diferentes niveles en el centro. Además interviene en aquellas situaciones problema de los estudiantes becados por la Institución, con el fin de evitar que interfieran en el buen rendimiento académico del becado y evitar, por consiguiente, que su obligación contractual con la Caja se rompa, perjudicando tanto al estudiante como a la Institución.

Otra función de la Unidad de Trabajo Social es su participación en la selección de candidatos para los diferentes cursos, en especial las carreras cortas.

6.5. Aspectos de Recursos Financieros:

La Caja Costarricense de Seguro Social opera en la actualidad con un presupuesto general de ₡2.539,371.00, distribuido así:

Seguro de Enfermedad y Maternidad . . .	₡1.818,596.00	(71.62%)
Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte . . .	720,775.00	(28.38%)

Padece nuestro financiamiento un mal crónico proveniente del no pago oportuno de las cuotas del Estado y el retraso en el giro de las rentas previstas también por parte del Estado.

Existe una deuda acumulada millonaria que proyecta pagar el Estado con bonos de baja rentabilidad.

El Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte financia la parte faltante de la cuota estatal, y otra suma faltante para financiar programas de construcciones médicas. Es un régimen de reparto como lo es el de Enfermedad y Maternidad; el ingreso por cuotas es menor que el rubro de los servicios médico-hospitalarios.

Ante tales problemas financieros se han visto nuestros Directores en la difícil tarea de buscar soluciones que vengan a sustituir las obligaciones (promesas legales) del Estado.

La Institución se ha visto en la necesidad de reestructurar los sistemas de administración financiera con la premisa de la conveniencia de responsabilizar a las diferentes unidades de la administración de sus respectivos presupuestos.

Se estableció un nuevo cuadro de cuentas para el sistema contable y un nuevo modo de elaboración del presupuesto, los cuales se han adecuado a los nuevos recursos técnicos de computación electrónica. La programación se ha definido según la afinidad de servicios bajo el criterio geográfico.

La disposición constitucional (Artículo 73) obedece a una concepción clasista del Seguro Social y no a la amplia concepción de la Seguridad Social. Si Costa Rica se propuso y lo está llevando a cabo, de llevar la protección de salud a todos los habitantes, lógico es que la norma clasista del Seguro Social debe ser revisada y buscar formas de financiar la aplicación de la Seguridad Social.

6.5.1 *Financiamiento de los sistemas de Seguridad Social:*

Como ocurre en todos los campos de la política social dentro de los países en proceso de desarrollo, el financiamiento de los sistemas de seguridad social es desde luego el principal problema por resolver. Puede observarse cómo de la fuente tripartita tradicional pasamos a fuentes diversas de financiamiento del sistema.

A) *En cuanto a los Seguros Sociales:*

Prácticamente desde su fundación, los dos regímenes de seguro que administra la Caja Costarricense de Seguro Social se financiaron del siguiente modo:

En el Seguro de Enfermedad y Maternidad (con beneficio familiar) el costo total de la cuota fue establecido en el 11% del salario, que se descomponía así: cuota obrera: 4%, cuota patronal: 5% y cuota del Estado: 2%. Por su parte, en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, el mismo costo total de la cuota —7.5% del salario— se distribuía por iguales partes del sistema tripartito, sea 2.5% para trabajador, patrono y Estado.

Como es frecuente en nuestros sistemas, el pesar sobre el Estado una carga financiera de esta magnitud (4.5% del total de los salarios más la cuota propia del Estado como patrono), no se atiende oportuna y debidamente esta obligación, dando por consecuencia un endeudamiento constante del Fisco con la institución aseguradora. Para corregir parcialmente este vicio y dentro de las facultades propias de la Junta Directiva de la

Caja, recientemente ⁵ se acordó la redistribución de cuotas para ambos regímenes, en la siguiente forma:

Cuota del Estado en Enfermedad y Maternidad e Invalidez, Vejez y Muerte: 0.25% de los salarios para cada régimen. Cuota patronal en Enfermedad y Maternidad: 6.75%; en Invalidez, Vejez y Muerte: 4.75%. La cuota obrera no fue modificada.

B) *En cuanto a los sistemas no contributivos:*

1º La Ley No. 5349 que ordena el traspaso de hospitales a la Caja, establece que para el logro del sistema integral de salud, se traspasarán igualmente a la institución aseguradora todas las rentas e ingresos, de cualquier naturaleza, que vinieran percibiendo las entidades trasmisores, y que en caso de que esas rentas fueren insuficientes, el Estado deberá crear rentas específicas.

2º Régimen de pensiones no contributivas: Por su parte, la Ley No. 5662, Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, en su artículo 4º, encomienda a la Caja la administración de un régimen de pensiones no contributivo, el cual se financia con un 20% del así llamado "Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares", el cual a su vez se financia con un aumento del 3% sobre el impuesto sobre las ventas y un 5% de recargo sobre los salarios que los patronos paguen a sus trabajadores.

6.5.2 *Nuevas Fuentes de Ingreso:*

Mediante Decreto Ejecutivo No. 5725-SPPS, de fecha 5 de febrero de 1976, se exonera a la Caja Costarricense de Seguro Social del pago de toda clase de impuestos en la adquisición de todos aquellos artículos, bienes o productos para el cumplimiento de sus funciones como administradora de los seguros sociales en el país.

Además cabe mencionar que en virtud de la Ley No. 5349 "Traspaso de Hospitales", en su artículo 7º establece lo siguiente:

"Artículo 7º Las rentas e ingresos que de cualquier naturaleza reciban las instituciones dependientes del Ministerio de Salubridad Pública, Juntas de Protección Social y Patronatos que se traspasen conforme al artículo 1º de esta ley, serán giradas a la Caja Costarricense de Seguro Social desde el momento que tome posesión de ellas conforme a los sistemas de distribución de las rentas señaladas en la legislación actual. En caso de que esas rentas fueren insuficientes, el Estado deberá crear previamente a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social rentas específicas para completar el pago de la atención de los no asegurados incapaces de sufragar los gastos de su atención médica, de acuerdo a estudios que realicen conjuntamente la Caja y el Ministerio de Salubridad Pública.

Dentro de estas rentas pueden citarse:

Impuesto sobre las ventas, lotería nacional, timbre hospitalario, impuesto de beneficencia sobre mortuales, impuesto de consumo de cigarrillos, impuesto del 4% sobre cheques y subvención estatal del Sistema Hospitalario.

7. Coordinación del Sector Salud

La mejor manera que hemos encontrado de formular, organizar y ejecutar una política nacional de salud para toda la comunidad es la integración de los componentes del sector salud, dispersos en el pasado reciente. Se contaban veintiocho organizaciones encargadas de otorgar servicios.

CUADRO N° 22
SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD
CUADRO COMPARATIVO ESTADO PRODUCTOS Y GASTOS
(Cifras en miles de colones)

DETALLE	1975	%	1976	%	1977	%
<i>PRODUCTOS:</i>						
Cuotas del Estado *	80 443	15.62	97 919	13.52	219 719	20.78
Cuotas de particulares	371 882	72.22	476 683	65.82	593 419	56.12
Rentas por servicios médicos-Ley 5349	8 912	1.73	44 595	6.16	127 086	12.01
Cuotas de asegurados voluntarios	1 244	0.24	40	0.01	2	0
Cuotas de asegurados por cuenta propia	1 039	0.20	19 036	2.63	40 459	3.83
Cuotas transferidas al Seguro IVM	32 000	6.22	50 000	6.90	...	...
Productos por intereses	1 851	0.36	1 217	0.17	1 725	0.17
Ingresos diversos	17 543	3.41	34 725	4.79	75 021	7.09
TOTAL PRODUCTOS	<u>514 914</u>	<u>100.00</u>	<u>724 215</u>	<u>100.00</u>	<u>1 057 431</u>	<u>100.00</u>
<i>GASTOS:</i>						
Gastos de control de programa, Dirección de Desarrollo Social	...	...	1 496	0.21	1 870	0.18
Prestaciones en dinero	35 951	6.98	47 179	6.51	65 979	6.24
Prestaciones en especie	440 890	85.62	619 776	85.58	904 730	85.56
	232	0.16	982	0.13	1 513	0.15

Gastos administrativos	66 887	12.99	81 601	11.27	102 738	9.71
Menos: Recuperación de parte de gastos administrativos	32 702	6.35	42 709	5.90	54 237	5.12
TOTAL LIQUIDO DE GASTOS ADMINISTRATIVOS	34 185	6.64	38 892	5.37	48 501	4.59
Otros gastos	1 627	0.32	1 511	0.21	1 435	0.13
TOTAL GASTOS	513 485	99.72	709 822	98.01	1 024 059	96.85
Exceso de productos sobre gastos	1 429	0.28	14 393	1.99	33 373	3.15
TOTAL DE GASTOS Y EXCEDENTES	514 914	100.00	724 215	100.00	1 057 432	100.00

* En la cuenta "Cuotas del Estado" se incluye únicamente la parte que ya ha sido cancelada. El total por los doce meses de 1975 es de 126 663 257.86, de los cuales el Estado ha cancelado únicamente la suma de 80 442 637.49, adeudando en consecuencia 46 220 620.37; si en los recursos del presente cuadro sumamos esa obligación, la diferencia entre productos y gastos reflejaría un exceso de 47 649 583.77. En 1976 el total por los meses es 176 646 565.69, habiéndose cancelado únicamente 97 918 902.00, por lo que adeuda 78 727 663.69, que si también es sumada daría una diferencia en ese año entre productos y gastos de 93 121 145.67.

Las cuotas correspondientes a 1977 del total general de 219 719 452.91 el Estado ha cancelado únicamente la suma de 136 665 944.27, por lo tanto la diferencia de 83 053 508.64 representa la obligación pendiente a cargo del Estado. Si de los recursos del presente cuadro se rebaja además dicha obligación, la diferencia entre productos y gastos, reflejaría un déficit de 49 680 997.28.

FUENTE: Sección Contabilidad General.

CUADRO N° 23
 SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE
 CUADRO COMPARATIVO ESTADO PRODUCTOS Y GASTOS
 AÑOS 1975, 1976 y 1977
 (Cifras en miles de colones)

DETALLE	1975	%	1976	%	1977	%
<i>PRODUCTOS:</i>						
Cuotas del Estado *	10 383	3.62	12 632	3.56	66 754	12.04
Cuotas de particulares	231 658	80.88	297 533	83.95	368 269	66.46
Cuotas de asegurados voluntarios	50	0.19	884	0.25	1 062	0.19
	<u>242 581</u>	<u>84.69</u>	<u>311 049</u>	<u>87.76</u>	<u>436 085</u>	<u>78.69</u>
Menos: Cuotas transferidas al Seguro de Enfermedad y Maternidad	<u>32 000</u>	<u>11.17</u>	<u>50 000</u>	<u>14.11</u>	...	...
TOTAL DE CUOTAS	<u>210 581</u>	<u>73.52</u>	<u>261 049</u>	<u>73.65</u>	<u>436 085</u>	...
Productos por intereses	72 294	25.24	89 040	25.12	111 456	20.12
Alquileres recibidos	1 051	0.37	1 612	0.46	2 221	0.41
Productos diversos	2 486	0.87	2 591	0.73	3 548	0.64
Productos finca La Caja	...	...	145	0.04	816	0.14

GASTOS:

Gastos administrativos	29 039	10.14	36 317	10.25	46 236	8.34
Prestaciones en dinero	69 588	24.30	97 997	27.65	124 407	22.45
Prestaciones en especie	5 094	1.78	8 095	2.28	10 314	1.86
Otros gastos	722	0.25	1 152	0.33	1 542	0.27
Depreciaciones	230	0.08	228	0.06	227	0.04
TOTAL DE GASTOS	104 673	36.55	143 789	40.57	182 726	32.96
Aumento neto del período	181 739	63.45	210 648	59.43	371 400	67.04
TOTAL DE GASTOS Y AUMENTO DEL PERIODO	286 412	100.00	354 437	100.00	554 126	100.00

* En la cuenta "Cuotas del Estado" se incluyen únicamente las partes que ya han sido canceladas en cada año. El total por 12 meses en 1975 es 40 105 953.71, por lo que en este período adeuda 29 722 986.77 y en 1976 es 54 603 597.31, por lo que en este período lo adeudado es 41 971 252.70. Si en los recursos del presente cuadro sumamos esas obligaciones, la diferencia entre productos y gastos en 1975 reflejaría un exceso de 211 462 543.69 y en 1976 sería de 252 619 429.19.

Las cuotas correspondientes a 1977 del total de 66 754 098.88, el Estado ha cancelado únicamente la suma de 15 770 179.12, por lo tanto, la diferencia de 50 983 919.76 representa la obligación pendiente a cargo del Estado.

Si de los recursos del presente cuadro se rebaja dicha obligación pendiente a cargo del Estado, el AUMENTO NETO DEL PERIODO reflejaría la suma de 320 416 231.79.

FUENTE: Sección Contabilidad General.

El Plan Nacional de Salud señala que debe partirse de ciertas premisas para poder ofrecerle a toda la población una medicina de carácter integral, oportuna e igual y compatible en su costo con la disponibilidad de recursos que tiene el país. Esas premisas son las siguientes:

La atención de la salud es un derecho de la población y el Estado tiene la responsabilidad de velar porque sea igual para todos.

Los servicios de salud deben ser integrales, comprendiendo la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades.

El país debe regionalizar los servicios de salud para mejorar y estratificar su oferta y ampliar su cobertura.

Se debe incrementar cualitativa y cuantitativamente la consulta externa que bien proyectada a la comunidad, mejorará el nivel de salud local, evitando la congestión de los centros especializados.

Los servicios de salud deben estar de acuerdo a la capacidad económica del país.

Para elevar el nivel de salud debe promoverse ampliamente la formación de recursos humanos, la enseñanza continuada y la investigación científica.

En Costa Rica, su insuficiente desarrollo económico, el aumento considerable de la población, la elevada proporción de menores de quince años, la peculiar agrupación en pequeñas comunidades y, por otro lado, el aumento incesante del costo de los servicios médicos, el vertiginoso desarrollo del conocimiento en todas las direcciones y la exigencia de una población cada vez más consciente de mejores prestaciones de salud, hacen ineludible la necesidad de reorganizar estos servicios sobre bases más racionales que permitan la máxima utilización de los recursos disponibles en el orden económico, de construcciones y equipo, así como de los recursos humanos.

Hace varias décadas se intentó poner orden en Costa Rica en el sentido de coordinar, e integrar hasta donde sea factible, las funciones médico asistenciales que prestaban el Ministerio de Salud Pública y las Juntas de Protección Social. Igualmente se ha tratado de coordinar esas mismas tareas con las de la Caja Costarricense de Seguro Social. Hasta hoy día casi se ha logrado plenamente ese propósito, con una política firme y definida cuyo objetivo final es ordenar y deslindar funciones. Desde luego que el instrumento principal para lograr la consolidación del sistema de seguridad social ha de ser la contribución tripartita, el seguro del independiente y la aceptación del indigente como asegurado. A menos que las instituciones de Seguridad Social no desarrollen políticas agresivas creando sistemas para la cobertura de toda la población, los beneficios de sus sistemas quedarán circunscritos a las zonas urbanas y a los grupos de población en donde las situaciones críticas tienen menos prevalencia. El Ministerio de Salud puede asumir entonces las funciones que le son propias, tales como ser el instrumento ejecutivo en el planeamiento de los programas de salud a nivel nacional y las disposiciones específicas relacionadas con el saneamiento ambiental, la aplicación y control de las leyes relativas a la salud.

La asistencia médica totalmente integrada al sistema de seguridad social deberá ser el instrumento básico del régimen de Enfermedad y Maternidad. Conforme cubran estos últimos a mayores núcleos de población, los recursos destinados actualmente a la asistencia serán suficientes para atender las necesidades de los sectores verdaderamente indigentes y además

permitirán desarrollar una positiva acción constructiva, procurando la integración de esos sectores, cuando sea posible, a las fuerzas de trabajo del país.

7.1 *Comisión Coordinadora del Servicio Nacional de Salud:*

Corresponde al Poder Ejecutivo la definición de la política nacional de salud, así como la coordinación de los servicios públicos de salud.

La Caja Costarricense de Seguro Social debe participar, conjuntamente con el Poder Ejecutivo, en la determinación de los planes nacionales de salud, así como también puede colaborar en las campañas de medicina preventiva.

A raíz de la ejecución de la Ley No. 5349 del 24 de septiembre de 1973 (Ley de Traspasos Hospitalarios a la Caja) que determinó la integración de los servicios asistenciales, se ha hecho más evidente la necesidad de una adecuada coordinación entre el Poder Ejecutivo y la Caja para la definición de una política única, tanto en la prestación de aquellos servicios como en las acciones de medicina preventiva, y para lograr aquella coordinación es indispensable la creación de un organismo coordinador representativo del Poder Ejecutivo y de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Por tanto, en uso de las facultades que les confieren los incisos 3) y 18) del artículo 140 de la Constitución Política, decretan:

“Artículo 1º Créase la Comisión Coordinadora de los Servicios Nacionales de Salud con asiento en la ciudad de San José, que tendrá a su cargo coordinar las acciones del Poder Ejecutivo, y de la Caja Costarricense de Seguro Social con el objeto de definir una política única en la prestación de los servicios asistenciales y en las acciones de medicina preventiva.

Artículo 2º La Comisión estará integrada en la siguiente forma: tres representantes del Ministerio de Salud, uno de los cuales será el titular de la Cartera o su delegado, y tres representantes de la Caja Costarricense de Seguro Social, uno de los cuales será el Presidente Ejecutivo de la Institución o su delegado; así como también habrá un delegado de la Gerencia.

Los nombramientos de los representantes del Ministerio lo hará el Poder Ejecutivo a través de esta Cartera y los de los representantes de la Caja los hará la Presidencia Ejecutiva.

Artículo 3º El Presidente nato de la Comisión será el Ministro de Salud o su delegado. El quórum será de cuatro miembros y las decisiones se tomarán por simple mayoría. En caso de empate el Presidente tendrá doble voto.

Artículo 4º La Comisión deberá reunirse ordinariamente por lo menos una vez por semana y extraordinariamente cada vez que sea convocada por el Presidente o dos de sus miembros.

Artículo 5º Rige a partir de su publicación.

Dado en la Casa Presidencial. San José a los veintitrés días del mes de enero de mil novecientos setenta y seis”.

7.2 *Reglamento Orgánico del Consejo de Coordinación Interinstitucional:*

Integración:

Artículo 1º El Consejo de Coordinación Interinstitucional estará constituido por los personeros ejecutivos de más alta jerarquía de las entidades públicas descentralizadas administrativamente y por el Ministro-Director de Planificación Nacional y Política Económica, quien será su Presidente. En el caso de los bancos comerciales estatales, serán miembros del Consejo los Presidentes de las respectivas Juntas Directivas.

Juramentación:

Artículo 2º Los miembros del Consejo deberán juramentarse ante el Presidente de la República.

Funciones y atribuciones del Consejo:

Artículo 3º El Consejo tendrá las siguientes funciones y atribuciones principales:

- 1) Coordinar la acción de los entes descentralizados a fin de dar unidad y coherencia a la tarea nacional de desarrollo.
- 2) Velar por la coordinación de otras actividades de los entes descentralizados, en lo que concierne a fines comunes.
- 3) Proponer a la Oficina de Planificación Nacional y Política Económica, políticas y planes encaminados a fortalecer la unidad interinstitucional.
- 4) Velar porque toda la información necesaria para la elaboración, actualización y ejecución del Plan Nacional de Desarrollo sea oportunamente suministrada por los entes descentralizados.
- 5) Aprobar el presupuesto del fondo creado por el Artículo 21 de la Ley de Planificación Nacional.
- 6) Delegar en el Comité Ejecutivo las funciones que no estén expresamente reservadas al Consejo.
- 7) Proponer a la Presidencia de la República, por intermedio de la Oficina de Planificación Nacional y Política Económica, las reformas que estime necesarias al presente Reglamento y a las leyes vigentes sobre la materia.
- 8) Colaborar estrechamente con la Oficina de Planificación Nacional y Política Económica para el logro de las metas del Plan Nacional de Desarrollo.
- 9) Dictar las normas necesarias para su propio funcionamiento.

8. Conclusiones

*Compromiso de los Gobiernos Americanos
con el Plan Decenal de las Américas 1971-1980*

El compromiso solidario de los gobiernos americanos con motivo de las

deliberaciones de los ministros de salud en 1972, que constituyó el Plan Decenal de Salud para las Américas 1971-1980, ha sido realizado en gran parte por nuestro país.

El objetivo principal del Plan mencionado establece para el decenio 1971-1980 la extensión de la cobertura con servicios de salud a toda la población.

En cuanto a lo anterior, no sólo lo hemos llevado a cabo en un gran porcentaje, sino que nos habíamos adelantado a tal propósito. Desde 1961 se estableció por ley de la República la obligatoriedad de la universalización en un plazo de diez años.

El plan define una estrategia regional que se centra en poner al alcance de las poblaciones rurales y de los cinturones urbanos servicios mínimos, de acuerdo con niveles de atención de complejidad creciente, que permitan la necesaria complementación para asegurar la atención eficaz de las necesidades de salud, con la máxima productividad de recursos asignados.

Nuestro sistema puso recientemente en marcha una organización basada en la regionalización de los servicios médicos y los niveles de atención de complejidad creciente. Puede observarse que hemos aceptado y cumplido nuestro compromiso según el Plan Decenal de las Américas, por considerarlo el más apto para la accesibilidad afectiva a los servicios de salud de la población.

Coordinación Intersectorial:

Es el medio más eficaz para lograr mayor aprovechamiento de los recursos; que con la coordinación se consigue evitar duplicaciones innecesarias; que si bien la coordinación es necesaria para los servicios de las áreas urbanas, ellas resultan imprescindibles como mecanismo de extensión de la cobertura a las áreas rurales; la coordinación implica responsabilidad y compromiso mutuo entre las instituciones participantes. La coordinación debe tener base legal y constituir una actividad permanente; la coordinación debe hacerse esencialmente entre las instituciones de seguridad social y los ministerios de salud pública, pero dentro de todo lo posible debe también extenderse a instituciones públicas y privadas, sobre todo aquellas responsables de la formación del personal profesional médico y paramédico.

Por todo lo anterior se hace necesario, que la coordinación debe ser:

- A. Motivo de una decisión política al más alto nivel.
- B. Que es necesario coordinar los planes de inversiones para racionalizar las construcciones de hospitales y otros establecimientos de salud.
- C. Que es necesario reorientar la educación médica a fin de formar los recursos humanos debidamente motivados por los problemas sociales y epidemiológicos y especialmente promover la formación de personal de nivel intermedio.

Todo lo anterior se puede obtener a través de la Organización de un sistema nacional de servicios de salud.

Utilización de la capacidad física instalada:

Se ha observado que los hospitales trasladados a la Caja Costarricense de Seguro Social, la capacidad física instalada ha sido insuficiente para

absorber la nueva demanda de servicios derivada de la implantación de un sistema coordinado y, con frecuencia, está constituida por edificios, instalaciones y equipos que no ofrecen ninguna condición para dar asistencia médica satisfactoria. Esto ha obligado a la Institución a un programa de mejoramiento de la infraestructura básica de grandes proporciones. Aun cuando en este aspecto se ha contado con la actitud comprensiva de las organizaciones internacionales de crédito, no es menos cierto que esta solución es ínfima en proporción a la magnitud del problema y, además, no siempre es aceptable por comprometer la capacidad crediticia del país.

Fuentes diversas de financiamiento de la Seguridad Social en Costa Rica:

Al financiamiento de los programas de salud tiene que sumarse la tradicional contribución tripartita, nuevas fuentes, dada la pluralidad de servicios que es necesario prestar. Por otra parte, el alto costo de las prestaciones hace imposible que una sola institución asuma el financiamiento de la totalidad de los programas. Cada vez más claramente se ha ido conformando la idea de que, en definitiva, el financiamiento adecuado sólo podrá originarse en un Seguro Nacional de Salud. La cobertura de la población en Costa Rica quedó demostrada que es total. Aun cuando hoy día se acepta que los usuarios deben contribuir al financiamiento de las prestaciones de carácter curativo, es igualmente reconocido que las prestaciones de carácter preventivo, y especialmente el nivel básico de atención, deben ser gratuitos como única manera de promover su uso por la población, sin barrera financiera en el caso de los servicios preventivos, y facilitar la atención en los primeros niveles a través de la salud rural.

Regionalización, una meta cumplida:

Se ha demostrado fundamentalmente, que la regionalización implica descentralización administrativa, con el fin de simplificar los trámites burocráticos, y consolidación presupuestaria a nivel regional, con objeto de distribuir los recursos en función de los programas de salud de la región. Es indispensable que las autoridades centrales participantes en el proceso de coordinación deleguen autoridad en los niveles ejecutivos regionales.

Asistencia médica integral:

Esta debe incluir la medicina preventiva personal, la atención hospitalaria y la atención ambulatoria tanto de adultos como de niños. Su objetivo es la prevención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de las enfermedades y la rehabilitación de las invalideces.

Cobertura Universal. Seguro de Salud y Seguro de Enfermedad:

Junto con la evolución que ha traído consigo la transformación del antiguo Seguro Social en las modernas instituciones de seguridad social, también ha evolucionado el concepto de protección, en el sentido de que el Seguro de Enfermedad se ha transformado en un Seguro de Salud. Lo que a la comunidad le interesa y por consiguiente es responsabilidad de la seguridad social, es mantener a los individuos en un alto grado de bienestar fisi-

co, mental y social, a través de programas dirigidos a la protección, el fomento y la recuperación de la salud. Con el objeto de que cada individuo represente un factor positivo de producción y constituya un elemento de la población económicamente activa, no basta, como dice la definición de salud de la OMS, con asegurar la ausencia de enfermedades, sino que es necesario, además, contribuir al desarrollo y mantenimiento de un estado de salud positiva, que permita al individuo su plena realización física e intelectual. La incorporación de la medicina de la seguridad social a los programas nacionales de salud, así concebidos, permitirá alcanzar la meta ideal de que todos los beneficiarios de la seguridad social reciban prestaciones que signifiquen el cuidado de la salud individual tanto en los aspectos preventivos como curativos y rehabilitadores de la medicina.

Reorganización de los servicios médicos ante la extensión del campo de aplicación:

Se impone una reorganización integral que comprenda no sólo el campo médico sino el administrativo, llevando a cabo el análisis institucional, en forma objetiva, cuáles son los recursos de que dispone, cuáles son los factores legales limitantes que impiden una buena coordinación intrainstitucional e interinstitucional del sector, cuál es la extensión de la cobertura y en qué niveles se producen duplicaciones, etc. El análisis de la institución legal, administrativo y financiero, es el instrumento indispensable para tomar las decisiones dirigidas a modificar las leyes, obtener los recursos financieros y materiales dentro de una nueva ordenación más coherente y racional que corrija los defectos de la organización actual. La introducción de una administración científica permitirá aumentar la eficacia de los servicios y obtener de ellos el rendimiento máximo con los recursos actualmente disponibles. Con frecuencia se comete el error de proporcionar extensión de la cobertura basada exclusivamente en la ampliación de la capacidad instalada, en circunstancias que muchas veces es posible ampliar la capacidad de atención y, por lo tanto, la cobertura simplemente por la introducción de métodos modernos de gestión administrativa. Sólo después que se ha dado este paso, es justificable proporcionar nuevas inversiones en el sector.

Adaptación de los recursos humanos a las necesidades según la multiplicidad de los servicios de la Seguridad Social ante la extensión de la cobertura:

Uno de los componentes esenciales de un sistema de salud son los recursos humanos —profesionales, técnicos, administrativos y otros—, cuyo esfuerzo colectivo da por resultado el producto final del sistema, que son las prestaciones de salud a la comunidad.

La formación de recursos humanos es uno de los subsistemas dentro del sistema de salud, y va dirigida a la preparación fundamentalmente de médicos y otros profesionales y técnicos de la salud que sean capaces de prestar los servicios de acuerdo con las características ecológicas, la tradición cultural y los hábitos y comportamiento de la población servida.

El desarrollo de los recursos humanos no puede ni debe ser responsabilidad de una sola organización y de hecho constituye parte del proceso más amplio de planificación de la salud. Los sectores salud (Ministerio de Salud e instituciones de Seguro Social) y educación (Ministerio de Educación y universidades) deben coordinarse para esta planificación.

BIBLIOGRAFIA

Título	Editor	Fecha
Compendio Información Básica Area de Salud.	Ministerio de Salud, C.R.	1976
El nivel y la estructura de Salud Actual de los Costarricenses. Necesidad de una nueva estrategia.	Ministerio de Salud, C.R.	Septiembre, 1970
Medicina Preventiva o Curativa.	Ministerio de Salud, C.R.	Febrero, 1971
Proyecto de Salud Comunitaria para Area Urbana.	Ministerio de Salud, C.R.	Julio, 1975
Plan Nacional de Salud, 1974-1980.	Ministerio de Salud, C.R.	1975
Plan Nacional de Salud, 1974-1980 (recomendaciones técnicas).	Ministerio de Salud, C.R.	1975
Aporte de la C.C.S.S. al tema "Prestaciones de los Sistemas de Seguridad Social en las Areas Rurales.	C.C.S.S.	Septiembre, 1977
Cambios en los Patronos de Morbi-Mortalidad y Natalidad en los Nuevos Niveles de Atención Integral de la Salud en Costa Rica.	C.C.S.S.	Julio, 1976
Planeación de las Instalaciones.	C.C.S.S.	Julio, 1976
Revista N° 40 de Población de Costa Rica.	Dirección General de Estadística y Censos.	1977
Censo de Población, 1973.	Dirección General de Estadística y Censos.	1975
Ley General de Salud y Ley Orgánica del Ministerio de Salud.	Ministerio de Salud, C.R.	Noviembre, 1973
Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.	C.C.S.S.	Octubre, 1943
Nuevo Modelo de Sistema de Seguridad Social Participada.	O.I.S.S.	Diciembre, 1976
Información Contable y Estadística de los Servicios Médico-Asistenciales de la C.C.S.S., 1972-1976.	Contabilidad de Costos Hospitalarios de la Caja Costarricense de Seguro Social.	1977
X Asamblea General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.	Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, y A.I.S.S.	Marzo-abril, 1975

Título	Editor	Fecha
Diagnóstico de Salud de Costa Rica.	Ministerio de Salud, C.R.	Marzo, 1978
Desarrollo de la Seguridad Social en Costa Rica (Lic. Rodrigo Fournier G.).	Revista Mexicana de Seguridad Social.	Noviembre, 1971
La Universalización de los Seguros Sociales y la Seguridad Social en Costa Rica. Exposición del Lic. Carlos María Campos.	C.C.S.S.	Octubre, 1976
Sistema Regionalizado de Salud, C.C.S.S.	C.C.S.S.	Junio, 1978