

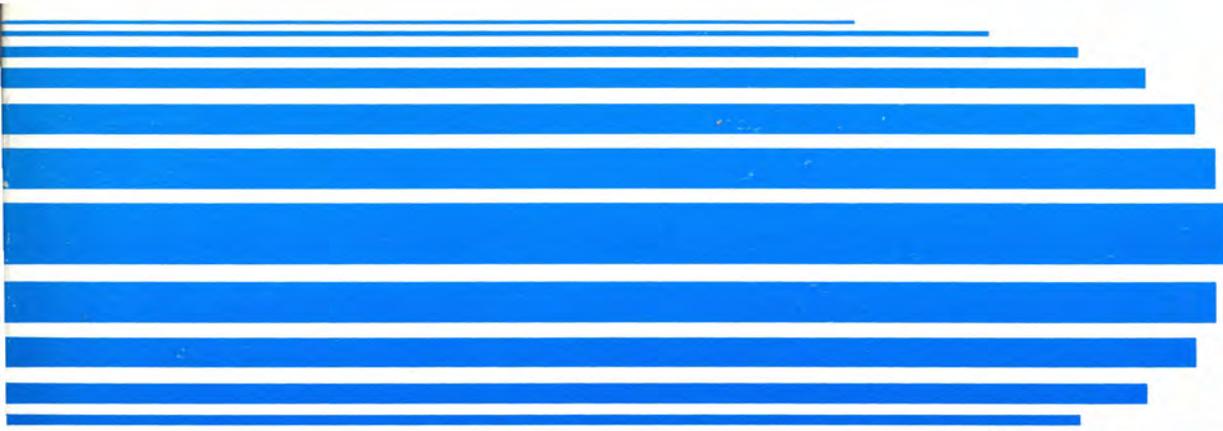
## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**



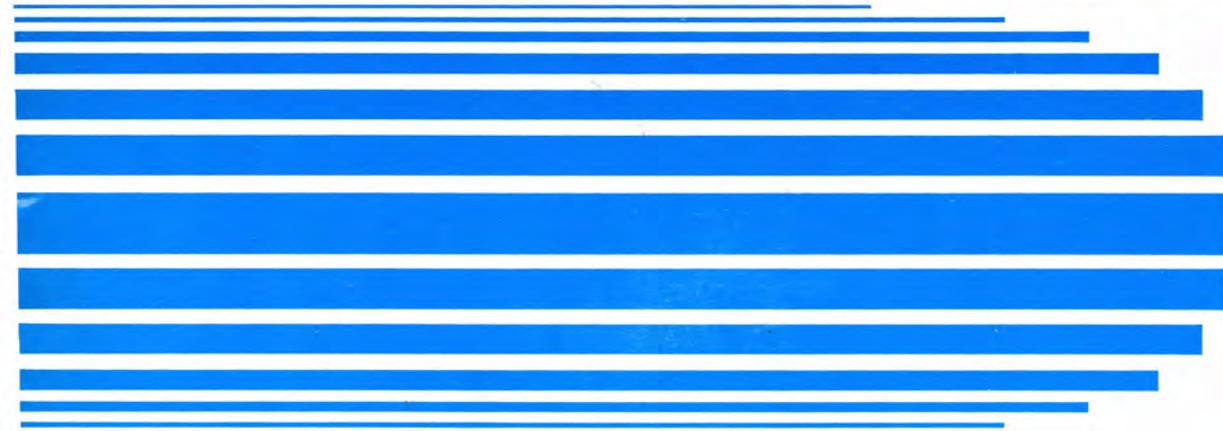
**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

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.



**La Seguridad  
Social en Costa Rica**



*Serie Monografias 2*

CONFERENCIA  
INTERAMERICANA  
DE SEGURIDAD SOCIAL

**CISS**

SECRETARIA GENERAL



**CONFERENCIA  
INTERAMERICANA  
DE SEGURIDAD SOCIAL**

**Lic. Genaro Borrego Estrada**  
Presidente

**Lic. Roberto Ríos Ferrer**  
Secretario General

**Dr. Alvaro Carranza**  
**Urriolagoitia**  
Director del CIESS

Comisión Editorial:

Lic. Sergio Candelas  
Coordinador Editorial  
Lic. Ma. del Carmen Alvarez  
Gabriel del Rio Remus  
Dr. Antonio Ruezga Barba

Diseño: Enrique López Galindo

Este libro fue publicado por la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Su contenido es responsabilidad exclusiva del autor y no refleja necesariamente la posición del CISS. Está permitida la reproducción total o parcial de su contenido sólo con mencionar la fuente.

© Derechos reservados conforme la ley

ISBN 968-7346-02-7

**LA SEGURIDAD SOCIAL  
EN COSTA RICA**

**APOYO TECNICO**

**Clementina Rendón Rosales  
Evelia López Manrique  
Verónica Medero Campos**

# **LA SEGURIDAD SOCIAL EN COSTA RICA**

*Luis Asís Beirute, Elías Jiménez Fonseca, Guido Miranda Gutiérrez,  
Mario Pacheco Mena, Guillermo Valverde Rojas, Jorge A. Valverde  
Castillo y Eduardo Viso Abella*

Selección y compilación

*Antonio Ruezga Barba*

Serie Monografías 2

**CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL  
SECRETARIA GENERAL**

## INDICE

	Pag.
<b>PRESENTACION</b>	iii
<b>I. SURGIMIENTO Y DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL COSTARRICENSE</b>	1
- La Salud en la Historia de Costa Rica <i>Dr. Guido Miranda Gutiérrez</i>	5
- Nacimiento y Desarrollo de la Caja Costarricense de Seguro Social <i>Dr. Guido Miranda Gutierrez</i>	11
- La Seguridad Social Costarricense y su Compromiso con la Formación de Recursos Humanos. 1ª Parte	31
2ª Parte <i>Dr. Mario Pacheco Mena</i>	45
- Extensión del Seguro Social a la Zona Rural en Costa Rica. <i>Dr. Guido Miranda Gutiérrez y Dr. Luis Asís Beirute</i>	55
- Instituto Nacional de Seguros <i>Instituto Nacional de Seguros</i>	85

## **II. LA SEGURIDAD SOCIAL EN COSTA RICA**

- **Visión de la Seguridad Social en  
Costa Rica dentro del Marco del  
Seguro Social.** 131  
*Jorge A. Valverde Castillo*

## **III. LA REFORMA DEL ESTADO COSTARRICENSE**

- **La Reforma del Estado Costarricense  
en el Sector Salud** 153  
*Dr. Elías Jiménez Fonseca\**
- **La Educación y la Seguridad Social** 159  
*Dr. Elías Jiménez Fonseca\**

## **IV. CUADROS ESTADISTICOS** 171

## **BIBLIOGRAFIA** 213

\* Publicado en la Revista Estudios de la Seguridad Social de la AISS  
No. 73- 1993.

## **PRESENTACION**



La Conferencia Interamericana de Seguridad Social, creada en 1942, es un organismo internacional de carácter especializado y permanente cuyo objetivo consiste en promover la colaboración e intercambio de conocimientos y experiencias entre las instituciones que agrupa para lograr el desarrollo de la seguridad social en el continente, en beneficio de nuestros pueblos. Actualmente la Conferencia reúne a 33 países y 54 organismos de seguridad social de América.

Por instrucciones del Presidente de la CISS, licenciado Genaro Borrego Estrada, la Secretaría General, consecuente con los estatutos que rigen al organismo y con el Sistema de Información de la Seguridad Social Americana, ha iniciado un programa editorial, cuyo propósito responde a las demandas de las instituciones de seguridad social de América por conocer los avances que se registran en áreas que impactan su trabajo cotidiano y dejar así constancia de los mismos en documentos útiles.

Dentro de este proyecto de comunicación, la Conferencia edita la monografía sobre la seguridad social en Costa Rica, en la que han participado activamente la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros, en un esfuerzo importante para englobar en un solo volumen la historia, la estructura, los avances y las actividades que desarrollan en la actualidad dichos organismos.

Así, el estudio fue realizado por las instituciones mencionadas y por la Secretaría General de la CISS, con la colaboración del doctor Antonio Ruezga Barba, quien desarrolló el trabajo de investigación y la compilación de los documentos elaborados por los doctores Guido Miranda Gutiérrez, Mario Pacheco Mena, Luis Asís Beirute y Elías Jiménez Fonseca, y los señores Guillermo Valverde Rojas, Eduardo Viso Abella y Jorge A. Valverde Castillo.

El documento contiene una visión histórica de las instituciones de seguridad social en Costa Rica, de la formación de los recursos humanos dedicados a ella, la extensión de sus servicios en las zonas rurales, los riesgos del trabajo, la reforma en el sector salud y la relación entre la educación y la seguridad social.

La edición de esta monografía cumple con la solicitud, formulada desde tiempo atrás, por las instituciones miembros de la CISS, para contar con

información autorizada sobre la integración y evolución de la seguridad social en sus respectivos países. Es deseo de la Secretaría General satisfacer esas peticiones que han dado origen a las monografías y otros estudios que ahora publicamos, con la confianza que les resulten de interés.

***LIC. ROBERTO RIOS FERRER***

Secretario General de la  
Conferencia Interamericana  
de Seguridad Social

I

**SURGIMIENTO Y DESARROLLO DE LA  
SEGURIDAD SOCIAL COSTARRICENSE**



## I

### **SURGIMIENTO Y DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL COSTARRICENSE**

- La Salud en la Historia de Costa Rica
- Nacimiento y Desarrollo de la Caja Costarricense de Seguro Social
- La Seguridad Social Costarricense y su Compromiso con la Formación de Recursos Humanos
  - 1ª Parte
  - 2ª Parte
- Extensión del Seguro Social a la Zona Rural en Costa Rica
- Instituto Nacional de Seguros



## **LA SALUD EN LA HISTORIA DE COSTA RICA**

Dr. Guido Miranda Gutiérrez

### **EL SIGLO XX**

La guerra de 1914 rindió entre otras cosas, enormes dividendos sociales a la humanidad. A ese enfrentamiento, en Europa, entraron varios imperios y reinos, pero el producto final fue la Liga de las Naciones, integrada por nuevas repúblicas.

Con el reparto de un valor social creciente para el hombre, toda América Latina, asistió a un gran movimiento político que, en Costa Rica, produjo tres grandes instituciones referidas al campo de la salud: el Banco de Seguros, el Ministerio de Salubridad y Protección Social y la Caja Costarricense de Seguro Social.

La corriente política europea para la protección de los trabajadores industriales era muy clara y aunque América Latina en general, casi no tenía industrias, de todas maneras se abocó a la discusión de las políticas para la protección del obrero frente a los accidentes de trabajo. El movimiento socialista costarricense de la época diferenció con gran claridad esta vertiente, que se concretó claramente en los postulados de Jorge Volio y del Partido Reformista(1).

### **EL BANCO DE SEGUROS**

De una de las familias más acomodadas y prominentes de Cartago nació Jorge Volio, quien cursó su carrera de sacerdote en la Universidad Católica de Lovaina en los primeros años de este siglo. Poco después de su regreso a Costa Rica, participó solidariamente en los movimientos armados de Nicaragua en donde recibió por agradecimiento el grado de general; en ese lapso abandonó el sacerdocio. Fundó el Partido Reformista, el cual constituyó el primero y auténtico movimiento político de corte popular, que rápidamente encendió el entusiasmo de algunos intelectuales, muchos de ellos pertenecientes al grupo económicamente más fuerte;

sin embargo, fue entre las clases populares en las que encontró mayor apoyo.

En el programa político del Partido Reformista aparecieron entre los puntos de mayor importancia, la salud y los accidentes de los trabajadores. En su transacción política para que se eligiera Presidente al Lic. Ricardo Jiménez, Volio logró que en 1924 se creara una institución encargada de la protección de los riesgos laborales, como fue el Banco de Seguros.

Es cierto que el Banco de Seguros nació dentro del concepto capitalista liberal de una empresa dedicada a la venta de pólizas de seguros, entre ellas, unas destinadas a cubrir los accidentes de trabajo. Es cierto también que la respuesta política de Ricardo Jiménez estuvo muy lejos del concepto original formulado por Jorge Volio como un sistema solidario, pero también es cierto que la misma ley estableció el monopolio del Estado para la administración de todos los tipos de seguros, lo que causó la desaparición de las compañías privadas. Quizás esto resulte extraño en un político liberal como el Lic. Ricardo Jiménez, pero se explica por que las compañías habían desvirtuado el concepto del aseguramiento: se habían convertido en las principales fomentadoras de incendios para que los clientes cobraran las pólizas.

Para nuestra democracia liberal de la época, este paso resultó sorprendente. Toda una política de una supuesta seguridad económica y de cobertura de riesgos, de gran auge en todas las latitudes que había sido establecida como una red por compañías privadas, fue asumida en Costa Rica por una institución del Estado, con una participación abierta, promovida y respaldada por movimientos populares(1) (2).

## EL MINISTERIO DE SALUBRIDAD

La introducción en Costa Rica, del concepto de salud pública se debe al Dr. Solón Núñez Frutos. Graduado en Bélgica durante la guerra de 1914 a 1918, se incorporó como todos los internistas, a las campañas de prevención, mientras su entrañable amigo y compañero, el Dr. Ricardo Moreno Cañas, como cirujano que era, iba a los hospitales de sangre.

Cuando el Dr. Núñez regresó a Costa Rica, comenzó su lucha por crear

una secretaría estatal a cargo de la salud pública, e inició también la tarea de elaborar las primeras normas de la legislación sanitaria nacional.

En 1927 se creó el Ministerio de Salubridad y Protección Social con carácter de secretaría de Estado y el Dr. Solón Núñez fue el primer encargado de la cartera. Desde entonces, lo que habían sido acciones dispersas, se reunieron en una Ley de Protección Social y Salubridad Pública, que constituyó el primer código sanitario de Costa Rica. Bajo la dirección del nuevo ministerio se pusieron los hospitales, los lazaretos, los hospicios, las casas de maternidad y las organizaciones protectoras de la infancia. También la nueva cartera asumió la responsabilidad de la lucha antituberculosa, de la antivenérea y los programas para el combate de la malaria y la parasitosis (3) (4).

Claramente se expresó una decisión política consciente en la intervención y en la toma de responsabilidades por parte del Estado costarricense, para la dirección técnica y financiera de la salud pública. Las limitaciones que en este campo se confrontaron no derivaban de la ley, sino de las severas restricciones de la época, señalada como una de las más críticas para la economía mundial, cuyos efectos repercutían fuertemente en nuestra economía, dependiente de la exportación de café, banano y cacao, obviamente productos secundarios en el mercado de los alimentos.

## ANTECEDENTES DEL SEGURO SOCIAL

Por otra parte, ese período fue de gran languidez financiera. Sin embargo, las corrientes sociales y políticas internas y externas siguieron ejerciendo su acción transformadora.

Para la campaña electoral de 1928, Cleto González Víquez levantó nuevamente el problema de la salud y a su pedido, el comerciante alemán radicado en Costa Rica, Max Koberg, preparó un proyecto para la creación de una "Caja para la Atención de las Emergencias Médicas de los Trabajadores", que se financiaría con contribuciones de patronos y obreros, así como la creación del Ministerio de Trabajo. Ambas instituciones fueron aprobadas mediante la correspondiente ley, pero sorprendentemente impidieron su nacimiento, tanto las limitaciones económicas como las circunstancias políticas (2). Sin embargo debe

anotarse que la concepción estructural propuesta, así como la justificación de la misma, plantearon en nuestro medio un verdadero Seguro Social. En 1934 ocurrió un hecho de gran trascendencia política: se fundó el Partido Comunista, con la activa participación de un grupo de jóvenes intelectuales, entre quienes destacaban el estudiante de leyes, Manuel Mora Valverde, y el dirigente obrero, Carlos Luis Fallas. En el manifiesto publicado para anunciar la formación del nuevo partido, en el punto 2, se propuso “la creación de los seguros sociales”, introduciendo de esa manera y por segunda vez, ese concepto en el debate político nacional.

Poco tiempo después, ese grupo organizó la primera gran huelga de trabajadores, en las plantaciones de la “United Fruit Company” ubicadas en la costa atlántica. La salud de los trabajadores y la asistencia a los enfermos fueron puntos de enorme importancia en la negociación final, en la cual la empresa aceptó, entre otros compromisos en el campo sanitario, establecer para los trabajadores un hospital en Siquirres, ya que esta ciudad era el principal centro ferroviario para el transporte de la fruta. Hasta esa fecha, el hospital de Limón, que se había establecido “para atender a los enfermos de paludismo” atendía principalmente a los trabajadores de la compañía frutera.

Para ese entonces, ya se encontraban de regreso en el país los hermanos Francisco y Rafael Angel Calderón Guardia, hijos de uno de los precursores de la pediatría nacional, el Dr. Rafael Calderón Muñoz, quienes habían ido también a la Universidad Católica de Lovaina, Bélgica, a estudiar derecho y medicina, respectivamente. Sin lugar a dudas influenciados también por el Cardenal Mercier, darían más tarde origen a la corriente política del social cristianismo.

En 1936 se eligió Presidente de la República al Lic. León Cortés Castro y cuando éste ocupó el cargo, su esposa, doña Julia Fernández, emprendió la construcción de una gran guardería, para proteger y asilar a los hijos de las numerosas madres solteras que durante el día debían trabajar en San José. La construcción se inició en un terreno del barrio Aranjuez, junto a los tanques del primer acueducto josefino, pero se abandonó inconcluso cuando el Lic. León Cortés terminó su período presidencial.

En 1940, el exdiputado y Presidente del Congreso, Rafael Angel Calderón Guardia, fue elegido Presidente de la República. Poco después se

consagró como Arzobispo de San José, Monseñor Víctor Manuel Sanabria, cuyo doctorado en derecho canónico y sus estudios sobre las encíclicas “Rerum Novarum” y “Quadragesimo Anno” y sobre la cuestión social, lo presentaban como una verdadera autoridad en la doctrina laboral de la Iglesia. Monseñor Sanabria organizó el sindicalismo católico, como una respuesta a la acción que en ese mismo campo desarrollaba el Partido Comunista.

La guerra mundial iniciada en 1939 volvió a cerrar los mercados cafetaleros de Europa, con particular repercusión en Costa Rica, cuya producción de café se vendía casi en su totalidad, a Inglaterra y Alemania.

En esas circunstancias tan negativas, el Presidente Calderón, que buscaba la forma de recuperar el respaldo político popular que había perdido rápidamente debido a acciones tomadas en los campos financieros y de relaciones internacionales, buscó oportunidad de asumir el liderazgo político introduciendo reformas en el campo social. Para ese efecto, propuso y desarrolló un importante programa, proyecto de gran trascendencia social y económica, contando para ello con el apoyo de la Iglesia y de los sectores políticos de la izquierda. Los más importantes proyectos fueron: la promulgación del Código de trabajo, las Garantías Sociales, la creación de la Universidad de Costa Rica y el establecimiento de la Caja Costarricense de Seguro Social.

NOTAS

1. De la Cruz V.: "Las luchas sociales en Costa Rica, 1870-1930"; Editorial de la Universidad de Costa Rica; San José, 1984.
2. O.P.S.: "Estrategias Salud para todos en el año 2,000"; Documento oficial No. 173; Washington, 1980.
3. Jaramillo, J.: "Los problemas de Salud en Costa Rica"; Litografía Ambar; San José, 1983.
4. Miranda, G.: "El final de una etapa"; CCSS; San José, mayo de 1978.

## **NACIMIENTO Y DESARROLLO DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dr. Guido Miranda Gutiérrez

### **NACIMIENTO Y CONSOLIDACION DE LA CCSS**

"La primera década la hemos llamado "del nacimiento y consolidación de la Institución". El proyecto inicial de la Caja lo escribió el Dr. Guillermo Padilla Castro, en 1940, a pedido del Presidente Rafael Angel Calderón Guardia. El texto fue estudiado en Chile, donde se fortaleció con la experiencia de quienes habían fundado el primer Seguro Obrero Obligatorio de América Latina y también lo había visto fracasar por condiciones propias del medio.

"Al presentarse al Congreso, el proyecto de Ley adquirió rápidamente los trasfondos políticos y financieros propios del momento, con el apoyo de unos y el antagonismo de otros, dentro de las enormes limitaciones económicas propias de un país pobre, en plena guerra mundial. No cabe duda que se requirió una gran convicción para crear y hacer funcionar esta primera estructura de servicios médico-administrativo.

"En poco tiempo fue inevitable el deterioro que sufrió en su temprano desarrollo, pero también tuvo, al final de la década, el apoyo incondicional de otro grupo, que aunque antagonizante del fundador en el terreno electoral hizo de su convicción socialdemócrata el soporte para reorganizar las filas institucionales, depurar su administración, consolidar sus finanzas y mejorar sus servicios. Quienes en 1948 pretendieron que la reforma social fuera "botín de vencedores", se sorprendieron ante el fracaso de su empeño. Quien, hoy o mañana, intente adjudicar mayores méritos a los fundadores que a los salvadores de la Institución, deberá profundizar en la historia".

Esta primera década fue fundamentalmente un fenómeno político, que tuvo un origen mixto y un desarrollo paradójico, de acuerdo con las circunstancias. Buscando entre los precursores nacionales de la época de la Seguridad Social, difícilmente se le puede atribuir la paternidad

ideológica sólo al Presidente Calderón Guardia. En primer lugar, desde la explosión de pensamiento contenido en la Revolución Mexicana y con la aparición de Jorge Volio y su Partido Reformista en adelante, se desarrolló todo un rico fermento ideológico que vino a rematar en los enunciados de la Ley del Seguro Social, de la Ley de Garantías Sociales y del Código de Trabajo.

Ese fermento ideológico, que inició su dinámica en la efervescencia de Europa, en América Latina fue representado muy bien, entre otros, por Víctor Raúl Haya de la Torre, en Perú, y José Vasconcelos en México, quienes también influyeron decisivamente en nuestro medio, ya que los pensadores nacionales se nutrieron tanto del flujo transatlántico como del continental.

Esa riqueza del pensamiento social del momento encontró tres grandes líderes, que le dieron consistencia política a un mismo pensamiento, pero que necesitó un telón de fondo congruente para su desarrollo. Esos líderes fueron: Monseñor Víctor Sanabria a la cabeza de la Iglesia Católica y portador del impulso del sindicalismo católico, como instrumento realizador de las Encíclicas *Rerum Novarum*, de 1891 y *Quadragesimo Anno*, de 1931; Manuel Mora, con el impulso del Partido Comunista, que también correspondía a un fenómeno general en América Latina, fundamentado en el leninismo ortodoxo; el Presidente Calderón Guardia acompañado por un pequeño grupo de elementos de su gobierno, quien representó el fortalecimiento progresivo de las democracias, que encontraban en los liberales y en los independentistas, al igual que en los anticlericales y en la masonería, en los antimonarquistas y los anarquistas, un nuevo y especial tipo de alianza, a la manera de aquella que se dio en el confuso respaldo hacia el gobierno republicano de España frente a la revolución franquista.

Sólo así puede explicarse el hecho extraordinario, registrado fotográficamente que para la promulgación de la Ley del Seguro Social, la No. 13 de noviembre de 1941, en un mismo vehículo desfilaran por las calles de San José, el Presidente de la República Rafael Angel Calderón, el Diputado y Secretario del Partido Comunista Manuel Mora y el Arzobispo de San José, Monseñor Víctor Sanabria. Sólo el peso de sus respectivas autoridades pudo reunir el impulso necesario para hacer aprobar la mencionada Ley.

Hay un hecho extraordinario, reservado a los investigadores sociopolíticos que alguna vez ahondarán en la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social y es la actitud de la primera Junta Directiva de la Institución, presidida por Octavio Beeche y cuyo Gerente fue el Lic. Julio Acosta y Subgerente el Dr. Guillermo Padilla Castro. No hubo prisa política en mostrar los resultados de la Institución; fue mucho más prolijo y metódico el trabajo para su organización y asentamiento y, lo que es más importante, para la revisión misma de la ley que había dado origen a la Caja y proponer en otra ley, la No.41 que se aprobaría dos años después, las correcciones a las fallas de la primera.

Debemos aclarar, sin embargo, que fue en la organización misma de los servicios médicos donde menos progreso fue posible lograr, debido a la influencia ejercida por los médicos en forma individual, o férreamente organizados en la Unión Médica Nacional, o extendiendo su respaldo a las Juntas de Protección Social del país, encabezadas por la de San José.

Si complejo y difícil fue el nacimiento de la Caja, los primeros años estuvieron llenos de incertidumbre y acciones erráticas, producto tanto en la falta de experiencia propia y de su debilidad estructural inicial, como de las fuertes influencias políticas y económicas que siguieron moviéndose a lo largo de los años, las cuales hasta explican el fraude electoral necesario para elegir Presidente a Teodoro Picado en 1944, con el objeto de darle continuidad a las propuestas políticas de la Administración de Calderón Guardia, que requerían para consolidarse más de una administración, sin el riesgo de un resultado electoral negativo.

Para entonces comenzó a diferenciarse en el país un nuevo movimiento permanente de carácter ideológico, que no representaba la organización de la Iglesia, ni la de los comunistas, ni el confuso y con frecuencia desprestigianete papel del propio Gobierno. Se trataba del Centro para el Estudio de Problemas Nacionales, en el cual una pléyade de jóvenes encabezados por el Lic. Rodrigo Facio, le daría consistencia al movimiento socialdemócrata, que en la Asamblea Constituyente de 1948, representaría Luis Alberto Monge y que en la fundación del Partido Liberación Nacional, en 1951, encabezaría José Figueres.

El movimiento armado de 1948 fue una manifestación nacional de protesta contra el fraude electoral acumulado desde Calderón Guardia y seguido por Picado, a lo cual se sumaron muchos elementos subjetivos de descontento social, económico y político.

El fenómeno extraordinario de la aglutinación del descontento alrededor de un líder casi desconocido y de cuestionable cuantía en aquel momento, puede explicarse sobre todo por la carga acumulada a través de las dos administraciones que funcionaron desde 1940 hasta 1948. Pareciera que el peso específico de las causas predisponentes tuvieron mayor importancia y en una menor medida la acción misma generada por el liderazgo, modesto entonces, de José Figueres.

Es cierto que en esta reacción de protesta había algunos interesados en revertir la legislación aprobada en aquel período, la cual pretendieron que fuera "el botín de vencedores", pero esa legislación encontró apoyo, tanto en las concepciones ya desarrolladas en los líderes emergentes, como en la posición clara de José Figueres y su grupo más cercano.

De ahí que, para quienes ejercieron el poder político en la Junta de Gobierno de la Segunda República, no había bases para derogar los cambios sociales establecidos con anterioridad, sino por el contrario, había bases para desplegar una decisiva acción depuradora y de fortalecimiento claramente expresada en la Caja Costarricense de Seguro Social, que vio reorganizados sus cuadros y pagadas sus deudas, lo cual la consolidó política, financiera y administrativamente.

La calificación de "contrarrevolucionaria" con que se ha pretendido a veces explicar la posición ideológica del 48, es una manera muy costarricense de disminuir los méritos ajenos, a falta de los propios. La definición política de "¡ la Caja permanece!" fue muy clara.

Si para 1941 la introducción del concepto de Seguridad Social resultó nuevo y extraño, antagonizado por los factores del momento, lo cierto es que el período iniciado desde entonces fue una década de análisis crítico ideológico suficientemente intenso y que condujo a conclusiones que justificaron el nacimiento de la Institución y para consolidarla, al ratificar su existencia, independientemente de los elementos negativos que su misma deficiente organización mostró, a los que se agregaron

otros desde afuera. Pero todos juntos, no pesaron suficientemente para lograr su desestabilización.

Esto explica la claridad para definir la permanencia de la Caja, como la institución encargada de velar por la seguridad y bienestar de la clase laboral, con los conceptos de cobertura familiar y rural muy tempranamente incorporados en el traspaso del Hospital "William Allen", de Turrialba.

### NACIMIENTO DE LA MEDICINA SOCIAL

"La década de 1950 a 1960 la hemos llamado "del nacimiento de la Medicina de la Seguridad Social". El sistema de cobertura inicial fue sólo para el trabajador directo, es decir, no incluía a su familia, su esposa, sus hijos ni sus dependientes, excepto en las regiones de Turrialba, Juan Viñas y Heredia, que desde el comienzo pidieron la cobertura familiar.

"Pero cuando en 1956 se modificó el Reglamento de Enfermedad y Maternidad, para extenderlo a toda la familia, se transformaron profundamente dos grandes conceptos: por una parte, se afectaron los servicios médicos propios, que habían ido desarrollándose lentamente. De la noche a la mañana, el viejo Hospital Central y su consulta externa transformó sus espacios en sitios de aglomeración y apareció un hospital con camas hasta en los pasillos. En la vieja sala de "Medicina 2" sólo el interno y la enfermera conocían los pasadizos de cada día para poder llegar a la orilla de cada cama.

"No cabe duda de que fue un reto fértil, porque aquella demanda hizo surgir un espíritu de superación, de organización, de rendimiento y de productividad, que expresaba el enorme esfuerzo de sus empleados, para dar respuesta a una necesidad social que antes nunca se satisfizo. Ahora podría cualquiera preguntarse ¿qué impulsaba a los funcionarios de entonces a realizar aquella tarea? ¿Cuánto fue convicción en los principios de la Seguridad Social? ¿Cuánto fue respuesta del hombre ante la lucha? ¿Cuánto fue la convicción democrática del costarricense para formar eso que llamamos Patria?. Es muy difícil contestar a esas preguntas, sobre todo para quienes pudimos haber sostenido alguna de esas tres banderas.

Para ese momento, década de la adolescencia y juventud temprana de la Institución y sus servicios, ese empuje nos hizo sentir que estábamos salvando los peores momentos y que de la prueba habíamos logrado definiciones muy claras".

A esta segunda década la hemos llamado "del nacimiento de la Medicina de la Seguridad Social" porque ese fue el fenómeno político más importante en aquel lapso. Recordemos que la Caja nació como una institución sin servicios propios y que debió negociar la compra de los mismos con la Junta de Protección Social de San José y con los médicos del Hospital San Juan de Dios.

El antagonismo que encontró la Junta Directiva de esa época y el abuso en el cobro de los servicios profesionales, hizo que rápidamente la misma Junta Directiva acordara la creación de los servicios propios, como una acción de sobrevivencia. Esa medida trascendental y valiente, fue en realidad forzada por la actitud tanto de la Junta de Protección Social como de los miembros de la Unión Médica Nacional; pero de no haberse adoptado, la Caja se había desarrollado como otros seguros sociales que son entidades financieras, compradoras de servicios y mediatizadas por las conveniencias del mercado de la Medicina.

El cierre de las Universidades europeas provocado por la Segunda Guerra Mundial, que para este efecto se inició mucho antes, con la persecución y emigración a América de los profesores judíos primero y españoles después, ofreció a las Universidades latinoamericanas la oportunidad de mejorar sus equipos académicos de enseñanza e investigación, con los profesores inmigrantes.

Todos los países de Sur y Norte América se beneficiaron con este flujo altamente capacitado. A nuestra Universidad en cierne pudo haberle proporcionado una enorme y benéfica influencia; sin embargo, quizás como una demostración de nuestras limitaciones, hubo un solo profesor español inmigrante, a quien rápidamente se le hizo sentir toda clase de resistencias para obligarlo a abandonar el país.

Aquella inyección a las Universidades de América Latina, las facultó para asumir el rol de relevo forzado que desempeñaron al cierre de las homólogas europeas. Los jóvenes que deseaban estudiar se desplazaron

así a todos los países latinoamericanos, pues ya no fue necesario cruzar el Atlántico, hablar otro idioma ni contar con una mucho mayor capacidad económica; fue una verdadera democratización del acceso a las universidades y por lo tanto, de la oportunidad de estudiar Medicina. Así emigramos muchos estudiantes.

Justamente en este momento, alrededor de 1950, comenzamos a regresar al país quienes fuimos formados en las diferentes Universidades del continente. La mayoría conocimos allá la filosofía de la Seguridad Social y aprendimos que era un instrumento de desarrollo social, técnico y científico, que representaba toda una nueva escuela de pensamiento, que también tenía la ventaja de ser una cantera de plazas de trabajo para quienes regresaban y que sin pertenecer a los estratos socioeconómicos más altos, de inmediato tenían que encontrar ocupación y espacio para el ejercicio profesional.

Es muy claro el fenómeno del desarrollo de la Medicina nacional a partir de ese momento, logrado a base del impulso de los servicios médicos de la Caja. Comenzó a crecer el Hospital Central, se incorporaron los primeros médicos a tiempo completo a su servicio y se fusionó el Antiguo Policlínico con el Hospital Central, para crear una sola unidad de referencia. La demanda de servicios creó un ambiente de gran dinamismo, en el cual la remodelación constante de la planta física fue casi el carácter principal, como una demostración del crecimiento.

Paralelamente, en otra expresión de la dinámica institucional, la Junta Directiva de la Caja en funciones durante la Administración Figueres de 1953 a 1958, presidida por el Ministro de Trabajo Lic. Otto Fallas, tenía entre sus miembros a dos elementos convencidos de la doctrina de la Seguridad Social: el Lic. Alfonso Carro y el representante obrero Claudio González. En 1956 ambos promovieron, como parte de la política del grupo que conducía al Estado, la extensión del beneficio del Régimen de Enfermedad y Maternidad a la familia del trabajador, a la esposa o compañera y a los hijos menores de doce años, además de los padres que fueren dependientes del trabajador.

Fácil es suponer la repercusión de esta medida: al incorporar a las madres, se creó la obligación de otorgar servicios como consecuencia de la prestación por maternidad; al incorporar a los hijos menores de doce

años, se abrieron los servicios pediátricos tanto en consulta externa como de encamamiento; al incorporar a los padres dependientes, se atrajo la población senil.

Esta extensión administrativa de los servicios encontró respuesta en una Medicina institucional sólida, bien diferenciada, distinta a la establecida en el resto de los hospitales del país y que empezó a llenar con sus reportes y actividades todas las reuniones científicas, tanto nacionales como internacionales de la región.

Se impuso entonces, por su necesidad, la formación de especialistas en los servicios de mayor demanda y comenzó una emigración de jóvenes valores hacia los centros de adiestramiento en el exterior, guiados por quienes tenían la conducción de los servicios clínicos, que empezaron a formar los elementos básicos para la incorporación al Hospital Central de nuevos conocimientos en áreas especializadas, formación que se realizó con el propósito no sólo de que sirvieran a la ampliación de los servicios de la Seguridad Social, sino también que ejercieran un efecto reproductor del conocimiento, desarrollando primero la enseñanza directa y abriendo luego la posibilidad de fundar una Escuela de Medicina, como expresión máxima de la docencia en ese campo.

### LA MAYORIA DE EDAD DE LA CCSS

"La década del 1960 a 1970, que llamaremos "de la mayoría de edad institucional", experimentó dos hechos trascendentales: en primer lugar, la modificación constitucional de 1961 que universalizó los beneficios del Régimen de Enfermedad y Maternidad al extenderlos a toda la población del país, y en segundo lugar, el comienzo de los preparativos de largos años para abrir, en 1969, el Hospital México.

"Cuando se aprobó la reforma constitucional, se organizó en la Biblioteca del Hospital Central, una mesa redonda que tuvo gran asistencia, para discutir las posibilidades reales de su aplicación. Al finalizar el evento, unos se mostraron contentos al verificar que la Institución no tenía los recursos para hacer efectiva la universalización; pero otros también nos sentimos contentos porque supimos lo que había que hacer para lograrla. Puede decirse que fue una mesa redonda feliz, porque satisfizo a todos...

"Con todo, lo especialmente trascendental fue que la modificación constitucional fijó una meta clara a la Institución: universalizar los servicios.

"La construcción del Hospital México fue casi una aventura. El lugar de construcción levantó la primera gran polémica, porque para muchos viajar hasta la finca "La Caja" era como salir de San José. Era cierto, pero pocos reparaban que en esos momentos Costa Rica tenía uno de los índices de crecimiento demográfico más altos del mundo. Nadie de la Caja había construido nunca un hospital y la Junta Directiva hacía lo mismo que la otra de 20 años atrás, en la cual la contratación de un albañil de ocho colones diarios y la colocación de los sanitarios se llevó media sesión....

"Al fin se tuvieron los planos, después de dos fracasos que demoraron pero que no paralizaron el proyecto. Se comenzó la construcción y conforme se levantaban las paredes crecía la inquietud de los médicos del Hospital Central por conocer los planos, por poder opinar sobre lo que probablemente sería nuestro sitio de trabajo. Cuando lo logramos, descubrimos que el futuro Hospital que representaría la Medicina Institucional de Servicio Público, no tenía bibliotecas, no tenía salas de clases, no tenía auditorios docentes, no tenía facilidades de alojamiento para internos y residentes, ni tenía mayores requisitos para continuar mejorando lo que académicamente ya habíamos logrado en el viejo Hospital Central: llevar los estudiantes de Medicina a los campos clínicos de la Seguridad Social.

"En mérito de quienes entonces tenían la responsabilidad de la Dirección de la Caja, debemos decir que nuestra propuesta, una larga lista de modificaciones, se aprobó como parte de la construcción misma del Hospital. Para septiembre de 1969, al abrir las salas del Hospital México, todos sentíamos vivamente la conquista de una meta institucional más".

En esta década, entre el 60 y el 70, que hemos llamado "de la mayoría de edad institucional", se produjeron cuatro hechos de gran significado, que transformaron la Caja de Seguro Social en una institución de Seguridad Social plena:

- 1) Se rompió el tope de cotización sobre los salarios;
- 2) Se aprobó el transitorio al artículo 177 de la Constitución Política;
- 3) Se llevó la docencia médica a los hospitales de la Seguridad Social y
- 4) Se inauguró el Hospital México.

El primero de esos hechos se dió en la Administración del Presidente Mario Echandi. El Ministro de Trabajo, Lic. Franklin Solórzano, apoyándose en el grupo de diputados del Partido Liberación Nacional, modificó la Ley Constitutiva de la Caja, lo que permitió aumentar el tope de cotización de cuatrocientos colones a mil colones.

La ruptura del tope de la cotización de los salarios tuvo un enorme significado. En el proceso de su crecimiento, la Caja había llegado a su máximo límite financiero y esta medida era indispensable para continuar su expansión horizontal y vertical. De haberse mantenido el tope en cuatrocientos colones, se habría seguido incorporando solamente la población que cotiza proporcionalmente menos y consume más, tanto por la estructura familiar como por constituir el grupo de mayor riesgo. En contraposición, la limitación de ingresos frenaba la capacidad de atención, tanto es así que los niveles críticos de desempleo médico máximos se alcanzaron en ese momento y desaparecieron cuando la disponibilidad de mayores recursos económicos mejoró la capacidad para instalar nuevos servicios.

Por otro lado, el fortalecimiento político de la institución fue enorme, ya que su mayor capacidad financiera le abrió la posibilidad de contratar servicios en los hospitales de las Juntas de Protección Social, para atender a la población asegurada en las áreas rurales, facilitándose así la extensión de los servicios.

Al ampliarse la base de cobertura, el Hospital Central se transformó en un centro de referencia, lo que obligó a una mayor capacitación de sus especialistas interconsultantes y a elevar el nivel de atención. Además, los hospitales periféricos comenzaron a tomar contacto y a verse influidos por la Medicina Institucional. Es más, intencionalmente se dió

participación a sus médicos en los programas de capacitación y docencia de la CCSS.

El segundo hecho significativo ocurrido durante esta década, se dio cuando la misma fracción de diputados del Partido Liberación Nacional, entre quienes destacaban Alfonso Carro, Daniel Oduber, Luis Alberto Monge, Fernando Volio y otros, presentó y logró hacer aprobar el transitorio del artículo 177 constitucional que extendió a todos los costarricenses los beneficios del Régimen de Enfermedad y Maternidad, lo que equivalía a universalizar esas prestaciones, extendiéndolas a los trabajadores independientes y al sector indigente. Para cumplirlo se le fijó un plazo de diez años a la Institución.

El impacto político de esta modificación constitucional fue muy significativo. Por un lado, todos los componentes del país adquirieron la conciencia de aquella cobertura que inicialmente en 1941 sólo alcanzaba al asegurado directo; la misma que en 1956 se extendió a toda la familia y que entonces, en 1961, se ampliaba a toda la población del país. La repercusión de estas disposiciones fue muy intensa sobre todo si recordamos que en muchos países, este proceso llevó 50 o más años y que en algunos ni siquiera hoy se vislumbra como posible.

Si se liga esta decisión de un Estado promotor del desarrollo y del bienestar, con otras acciones que venían dándose en los demás campos de los sectores económicos y social, podrá verse que se trataba de una acción integral emprendida por la socialdemocracia, que incluía la docencia, el seaneamiento, la educación, la vivienda, la electrificación y el sector económico a través del Banco Central.

La misma medida marcó claramente el área en la cual se desarrollarían los servicios médicos y la formación de los recursos humanos para atenderlos, así como las políticas de interrelación entre los diferentes sectores del Estado.

Al crearse una responsabilidad directa del Estado en la Salud, se creó también toda una apertura hacia las fuentes de financiamiento y las formas del gasto, hacia la prestación de servicios y la atención de la salud como derecho del ciudadano como tal y no como privilegio de un grupo determinado.

La constancia en la posición institucional con respecto a su extensión y fortalecimiento debe buscarse, entre otros elementos, en las personalidades que estuvieron comprometidas con la dirección superior de la Caja: el Lic. Alfonso Carro Zúñiga, como Ministro de Trabajo del Presidente Francisco José Orlich, desempeñó la presidencia de la Junta Directiva de la Caja entre 1962 y 1966, seguido por el Lic. Enrique Guier Sáenz, Ministro de Trabajo del Presidente José Joaquín Trejos, de 1966 a 1969. En aquel período, del 62 al 66, fue Gerente de la Institución el Lic. Rodrigo Fournier Guevara y como hecho de gran importancia, llegó a la Subgerencia el Dr. Fernando Escalante Pradilla, uno de los primeros médicos que se dedicaron a tiempo completo a la administración. En 1966 el Dr. Escalante Pradilla ascendió a la Gerencia, cargo que desempeñó hasta 1970. Hubo durante esta década, una clara continuidad de pensamiento institucional.

El tercer acontecimiento significativo se produjo cuando se vencieron los obstáculos para que la enseñanza de la Escuela de Medicina, en los campos clínicos de Medicina y Cirugía, se realizara en el Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social, habilitando de esa manera la docencia médica de pregrado en el Hospital Central, haciendo ceder aquellos intereses que pretendieron mantener esta actividad académica circunscrita al Hospital San Juan de Dios.

La Escuela de Medicina, desde su organización inicial, se polarizó hacia la atención individual y en la creación de un profesional cuya meta fuera el cuidado del enfermo, considerado éste como el potencial pagador de sus servicios. De ahí que la incorporación de la Medicina Institucional, con la especial característica de considerar al enfermo como una falla de la sociedad, que no genera ni en su atención ni en su rehabilitación ningún beneficio económico, formó un concepto diferente del que originó su fundación.

La orientación inicial de nuestra Escuela de Medicina se evidenció cuando adoptó en calidad de madrina, asesora y orientadora, a la Escuela de Medicina de la Universidad Tulane, en New Orleans, sin ninguna relación previa aparente; fue hasta después que la descubrimos. El primer conflicto surgió al procederse a escoger los profesores de Medicina, cuando los dos candidatos del Hospital Central, el Dr. Rodolfo Vinocour Granados y el autor del presente trabajo, fuimos postergados en la

calificación académica: Fue hasta 1966 cuando se logró que se declararan Cátedras Paralelas, en igualdad de derechos, las de Medicina y Cirugía del Hospital San Juan de Dios y las del Hospital Central.

El Dr. Manuel Aguilar Bonilla hizo el Primer Curso de cirugía en el primer semestre de 1966; en el segundo semestre de ese año se hizo en medicina interna y estuvo a mi cargo. En 1967 se hizo en ginecoobstetricia a cargo del Dr. Cecilio Aranda y en 1972 el curso paralelo de pediatría, a cargo del Dr. Guillermo Robles Arias.

El cuarto hecho significativo se produjo al inaugurarse, en 1969, el Hospital México, como el centro de más alta calidad técnica y asistencial del país, dotado de todos los recursos necesarios para que la Medicina Institucional asumiera desde entonces, la conducción de la responsabilidad de la reparación de la salud de todos los costarricenses.

Este proyecto, que comenzó a tomar forma desde que se constituyó el Comité Hospitalario Nacional para negociar y discutir con Gordon Friessen, en 1955, su propuesta para la creación de una política integrada en esta área, no concluyó en beneficios que justificaran el costo de su contrato. Al contrario, pocos años después vio la Caja aparecer la intención de usar sus fondos de Enfermedad y Maternidad como fuentes de financiamiento de unidades que no pertenecían, ni ideológica ni asistencialmente, a su propia estructura.

La necesidad obvia de una nueva unidad que desempeñara el liderazgo científico y asistencial de la Medicina Institucional, que se justificaba ampliamente, no encontró respuesta hasta que vino la ayuda generosa del Instituto Mexicano del Seguro Social, en particular su Director General, Lic. Benito Coquet, y su Subdirector de Servicios Médicos, el Dr. Ignacio Morones. Nació ahí una relación que iría incrementándose conforme el edificio iba tomando forma hasta rematar en la formación académica, por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, de todos los especialistas requeridos para la operación del nuevo hospital.

Fue ésta una década de gran dinamismo y de medidas de enorme trascendencia, que dejaron a la Institución con una perspectiva bastante clara de lo que debería hacerse, si la realidad de la universalización constituía una meta política.

## LA ETAPA DE LA UNIVERSALIZACION

"La década de 1970 a 1980, la de "la universalización", fue extraordinaria. Se vencía el plazo para la extensión total de la Seguridad Social y sonó clara la definición política para realizarla.

"Como la misma nitidez con que treinta años antes se había exclamado "¡la Caja permanece!", en este período se proclamaba "¡Caja se universaliza!". Fueron años de dura lucha, de esfuerzo frenético, construyendo clínicas y hospitales, redactando proyectos, venciendo obstáculos. Años en que la constancia de José Luis Orlich y la fuerza de Jenaro Valverde comenzaron a hacer una realidad el traspaso de hospitales para formar el sistema hospitalario nacional, que culminó a fines de 1977.

"Todos coincidirán conmigo en que es necesaria la perspectiva del tiempo para que nuestros juicios críticos adquieran validez objetiva, al despojarlos del inevitable matiz emocional que todavía tienen".

La universalización de los servicios médicos de la Caja y toda la reestructuración legal que se requirió, tanto en la Institución como en el Ministerio de Salud, fue un fenómeno político excepcional, lo que se advierte en el hecho de que en América, con la excepción de Canadá que lo trasplantó como parte del Imperio Británico, y Cuba, que también lo estableció como parte de una estructura política obligatoria, ningún otro país, ni en una dictadura ni en el ejercicio de una democracia, ha logrado lo que Costa Rica logró mediante aquel proceso iniciado en mayo de 1970, durante la tercera administración de don José Figueres, orientada hacia un objetivo muy claro: universalizar la Caja.

Dos Ministros de Trabajo y Presidentes de la Junta Directiva de la Institución tuvieron a su cargo la primera parte del proyecto: el Lic. Danilo Jiménez Veiga, entre mayo de 1970 y mayo de 1973, y el Lic. Francisco Morales Hernández, entre mayo de 1973 y mayo de 1974. Cuando se produjo la reforma originada por la aplicación de la Ley de Presidencias Ejecutivas, el Lic. Jenaro Valverde se hizo cargo de la dirección superior institucional entre junio de 1974 y diciembre de 1976, fecha esta última en que falleció repentinamente, para ser reemplazado por el Lic. Fernando Naranjo Villalobos, quien fungió hasta mayo de 1978.

El Lic. Rodrigo Fournier volvió a la Gerencia de la Caja en 1970 y permaneció en ella hasta 1973; fue sucedido por el Lic. Alvaro Vindas, quien fungió entre 1973 y 1974 y fue sustituido por el Lic. Laureano Echandi Vicente, de 1974 a 1978.

La Lic. Carmen Naranjo Coto fue la primera Subgerente Administrativa, a raíz de la modificación que en 1971 se hizo a la Ley Constitutiva. En todo este período, de 1970 a 1978, me correspondió en lo personal, desempeñarme como primer Subgerente de Servicios Médicos de la Institución.

El Ministro de Salud entre 1970 y 1974, fue el Sr. José Luis Orlich y de mayo del 74 a mayo de 1978, lo fue el Dr. Hermán Weinstok. En la primera parte de esta etapa, entre 1970 y 1974, se creó fundamentalmente la estructura legal para la universalización. El Ministro de Salud Dr. Orlich, hizo aprobar la Ley General de Salud No. 5395 de 30 de octubre de 1973, en la cual cambió simbólicamente, entre muchas otras cosas, el nombre de Ministerio de Salubridad y Asistencia Social por el de Salud; asimismo mediante la Ley No. 5412 de 8 de noviembre del mismo año, reorganizó internamente al Ministerio.

Por su parte, la Caja eliminó los topes de cotización y modificó su Ley Constitutiva para adaptarse a la atención de toda la población. También modificó la forma de contratación de los profesionales y creó una Gerencia General, con dos gerencias especializadas, una en el área de los Servicios Médicos y otra Administrativa para atender el complemento financiero administrativo.

Por primera vez hubo concordancia de intereses y se elaboró el primer Plan Nacional de Salud entre ambas instituciones y se adjudicaron las labores preventivas al Ministerio de Salud y las asistenciales a la Caja.

En 1973 se aprobó la Ley No. 4953 que dispuso traspasar a la Caja, los Hospitales del Ministerio de Salud, de las Juntas de Protección Social y de la Compañía Bananera. Ese proceso se inició en abril de 1974 y se concluyó en septiembre de 1977, con los traspasos de los hospitales Psiquiátrico "Manuel Antonio Chapui" y el "Dr. Chacón Paut", así como el San Juan de Dios.

Vino en apoyo de las políticas de fomento de la salud la aprobación en 1974, de la Ley No. 5222 de Asignaciones Familiares y Desarrollo Social, que financiada con el cinco por ciento de la planilla nacional pagada por el sector patronal y el 20 por ciento del impuesto de ventas, hizo que en 1976 se invirtiera casi el 60 por ciento de sus fondos en los programas de Nutrición Materno-Infantil, de comedores escolares y de agua potable, por medio de pequeños acueductos rurales.

Quedó articulado así, en un programa integral que tomó ocho años, la política del Sector Salud, como instrumentación final de las políticas que el país venía desarrollando desde 1941. Estaba listo el Sector y principalmente las dos instituciones, para hacer una evaluación integral y proponer una política de nuevas y ulteriores etapas, dirigidas hacia una mayor integración y a una más alta eficiencia en el gasto y el aprovechamiento de los recursos.

Sin embargo, no fue así. El país entró en 1978, en el torbellino generado por tres fuerzas incontrolables.

- a) La crisis mundial que azotó más violentamente a los países pobres;
- b) Una administración nueva que se hizo cargo, a partir de mayo de 1978, con criterios disímiles, por tratarse de una coalición de grupos políticos, sin liderazgo definido en el área de la salud;
- c) El asentamiento de una ideología neoliberal, que no disponía ni de producción suficiente para determinar una orientación económica, ni mucho menos de los condicionantes del consumo del mercado.

Por ser muy conocidas, no se describen aquí las consecuencias que estos hechos acarrearón.

## EL MAYOR RETO

"Si agradable puede ser revisar el pasado para admirar la marcha institucional, no podemos llamarnos a engaño y eludir una semblanza de los días presentes y futuros. Con la experiencia ya acumulada y la responsabilidad de una institución que sirve a todos los costarricenses, tenemos que proyectar hacia el futuro, en un plano real, el comportamiento

de la Caja durante la década de 1980 a 1990. Si en el pasado los problemas fueron importantes, en el futuro inmediato adquieren una dimensión máxima, ante la responsabilidad presente y futura de la Institución.

"Por circunstancias que podríamos calificar como coincidencias graves para la Caja, afrontamos hoy tres hechos de gran repercusión. Cada uno de ellos por si solo tiene profundas implicaciones, pero la suma de los tres nos pone frente a una situación que calificamos de excepcional.

"Quizá todos sepan ya que me refiero, en primer lugar, a la crisis económica nacional, que tendrá graves repercusiones en el funcionamiento de nuestros servicios de salud; en segundo lugar, al agotamiento del modelo asistencial empleado tradicionalmente, lo que a partir de ahora nos obliga a cambiar nuestro concepto básico de inversión en el Sector Salud, ya que imperativamente debemos disminuir los gastos para combatir la enfermedad e incrementar aquellos generadores de salud, especialmente los dedicados al desarrollo de las comunidades. En tercer lugar, me refiero a los cambios que necesariamente deben introducirse tanto en el sector social, como en el de salud y en la Institución misma.

"En la dinámica social de nuestro país, estos campos requieren una revisión importante, trascendente, si es que sus instituciones pretenden seguir siendo una respuesta adecuada a las necesidades de los grupos bajo su responsabilidad. Cada uno de los fenómenos mencionados es importante por si mismo; ninguno debiera ser pospuesto o postergado. Considero que este período es quizá el mayor reto habido en la historia de la Caja".

## **LA INTEGRACION DE LOS SERVICIOS**

"La quinta década o quinta etapa en la vida de la Institución, " de la integración de servicios", está escribiéndose actualmente, bajo el signo de aquellos tres hechos más significativos del período, los cuales determinan las políticas necesarias para que el Sector Salud continúe progresando tanto en extensión y cobertura, atendiendo la dimensión cuantitativa, como para mejorar los centros de atención y el acceso de los usuarios a los mismos y las medidas de protección a toda la población,

enfaticando también los términos cualitativos".

La limitación de recursos económicos que ha producido la crisis, junto con sus seguras repercusiones futuras, así como la necesidad de orientar el gasto principalmente hacia áreas de prevención y hacia la atención de la mayor parte de las acciones fomentadoras de la salud, con vistas a disminuir el gasto en la enfermedad mediante el aumento de la salud, son las determinantes de lo que en esta década aparece como el fenómeno más importante del Sector Salud: la integración de los servicios, principalmente entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social. Esto, además, impone la necesidad de desarrollar un plan de integración intersectorial, especialmente en el Sector Social del Gobierno, plan que por ahora parecería estar en ciernes.

La integración de Servicios de Salud, realizada entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social entre 1982 y 1986, constituyó un hecho extraordinariamente positivo. Especialmente a las comunidades, fue poco a poco creándoles, por una parte, la sensación de que por primera vez había una sola política nacional para hacerle frente a las diversas formas y variedades de factores que atentan contra su bienestar; por otra parte, formándoles conciencia sobre la necesidad de una participación intensa en los programas tanto de prevención de la enfermedad como de fomento de la salud.

El tercer elemento que se mencionó antes se refiere a los cambios que deben introducirse en los modelos de atención, que después de todo representan una forma de interrelación en el Sector Social, como aquellos indispensables para que una nueva actitud ponga al individuo, con su carga de responsabilidad para cuidar de su salud, frente a un mínimo de riesgos que le presente una sociedad consciente y organizada.

No cabe duda que para las metas de esta quinta etapa encontramos mayores dificultades que para las anteriores, a menos que la flaqueza de la memoria nos haya dispensado el olvido de la magnitud de los obstáculos vencidos. Pero la sensación es que cada vez se requiere una mayor profundidad conceptual para la comprensión de los problemas, así como la necesidad de contar con una mayor flexibilidad de los actores envueltos en la obra. Hemos dicho en otra parte que en materia de salud no se logran resultados en plazos cortos. Por ello ha sido una ventaja para el

país, que la administración del Partido Liberación Nacional encabezada por el Presidente Luis Alberto Monge, de 1982 a 1986, fuera seguida por otra del mismo partido, a cargo del Presidente Oscar Arias, de 1986 a 1990. La gestión administrativa en la cartera de salud, durante la década, ha sido desempeñada por el ministro Dr. Juan Jaramillo Antillón, del Gobierno Monge, y por el ministro Dr. Edgar Mohs Villalta, del Gobierno Arias Sánchez. Durante el mismo período, de 1982 a 1988, me ha correspondido a mi desempeñar la Presidencia Ejecutiva de la Caja.

Durante la Administración Monge se inició el proceso de integración de servicios y se progresó hasta alcanzar el 60 por ciento del total de las áreas de Salud del país; en la Administración Arias el proceso se detuvo por dos años, para reconsideración y fue reanudado después de incorporar algunos conceptos complementarios que le dieron una mayor amplitud. En diciembre de 1987 se firmó un nuevo convenio entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, con el objeto de regular nuevamente el programa de integración. Básicamente se trata del mismo documento firmado en 1985, con la diferencia que ahora el empadronamiento de la población indigente lo hará la Caja, para conferirle la calidad de asegurados por el Estado, papel que había sido asumido por el Ministerio de Salud en el decreto anterior que no llegó a cumplirse. Además se crearon las direcciones regionales conjuntas, a cargo de los Consejos Técnicos locales mixtos.

Las proyecciones económicas son bastante claras como para estar seguros que, de mantenerse el crecimiento de los costos en el Sector Salud y partiendo de su comportamiento histórico, los fondos actuales no serán suficientes para pagar los costos dentro de un tiempo relativamente corto. Lo mismo ocurre en otras áreas de los servicios sociales, dedicadas a la atención de las consecuencias y no a la corrección de los elementos generadores. Por lo tanto, la revisión conjunta de una buena cantidad de problemas, así como su tratamiento integral preventivo, determinarán nuevas actitudes en el Sector Salud y en el campo social, pero estas nuevas actitudes deberán ser la respuesta racional de los elementos participantes en la solución de cada problema.

### **¡TAMBIEN VENCIMOS !**

"Lo que hemos dicho hasta aquí es historia trunca, porque falta lo que dentro de unos años será la historia de hoy y de mañana, incluyendo la presente década que será crucial para el país, para la Institución y para todos los costarricenses. El torbellino de la crisis y sus repercusiones políticas y morales no ha terminado; recién empezamos a distinguir los destrozos que ha causado y son tantos que al finalizar quizá nos quede muy poco.

"Debemos entonces desplegar los viejos estandartes de las luchas de otras décadas, con el mismo espíritu de tantos compañeros ausentes y presentes, actuales y anteriores. Quisiera hacer el compromiso con ustedes para aportar el esfuerzo necesario para que al concluir la quinta década, cuando nos reunamos para celebrar los 50 años de vida institucional, el espíritu de los compañeros de la Caja tenga idéntica vitalidad y el mismo orgullo de los de ayer y de hoy y para que entonces podamos decir "¡también vencimos!".

Tal fue el discurso que pronuncié con ocasión de los 40 años de vida de la CCSS.

## **LA SEGURIDAD SOCIAL COSTARRICENSE Y SU COMPROMISO CON LA FORMACION DEL RECURSO HUMANO**

Dr. Mario Pacheco Mena

### **1ª PARTE**

#### **I. CREACION Y EVOLUCION DE LA SEGURIDAD SOCIAL COSTARRICENSE**

La historia de la administración del Dr. Rafael A. Calderón Guardia comenzó en un sueño idílico de unidad y consenso nacional. Por su ideología social-cristiana y por una valoración intuitiva de la situación costarricense el Dr. Rafael Angel Calderón Guardia comprendió que debía realizar algunas transformaciones, así en la acción necesariamente tenía que entremezclar la racionalidad de quien debe atender problemas reales y conciliar intereses contrapuestos.

Difícil si no imposible, sería imaginar la historia de Costa Rica en este medio siglo sin la gran obra reformadora del Dr. Calderón Guardia, uno de cuyos primeros pasos fue, precisamente, el establecimiento de la Seguridad Social.

La creación y el posterior desarrollo y perfeccionamiento de la Caja Costarricense de Seguro Social, ha sido una de las más exitosas respuestas costarricenses a los retos y necesidades generados por una sociedad que crece y se vuelve cada vez más compleja. Ha sido una solución costarricense fundamentada en nuestra particular idiosincrasia y a la vez inspirada en ideales y valores universales, promovidos especialmente por la doctrina social de la Iglesia.

Sabemos que la obra iniciada aquel primero de noviembre de 1941, se ha enriquecido en estas cinco décadas con los aportes de otros ilustres costarricenses. Sabemos también que es una obra inacabada, como lo son todas las grandes obras de la sociedad democrática, siempre en busca de nuevos logros, de nuevas vistas (1).

## JUSTIFICACION ANTE EL CONGRESO

Con instrucciones del señor Presidente de la República, tengo la honra de remitiros el adjunto proyecto de ley que establece los seguros sociales en Costa Rica.

Los seguros sociales son la consagración de la política que el Estado realiza en beneficio de quien vive de su salario, a fin de protegerlo contra los riesgos que lo imposibilitan para trabajar y disminuyen su capacidad económica, poniéndolo en situaciones cercanas a la miseria.

Surgen y se imponen, pues, como una consecuencia de la solidaridad social, ante la que no existen ni deben existir diferencias de clases sino únicamente hombres que sufren y hombres que tienen el deber de aliviar esos sufrimientos.

El Estado no puede asumir solo las enormes cargas que le imponen las necesidades crecientes del proletariado y forzosamente ha tenido que acudir a la cooperación del propio trabajador y del patrón. Esa es la fórmula del seguro social que se ha impuesto definitivamente porque se basa en el principio de la solidaridad del Estado, el capital y el trabajador en beneficio de este último.

El Seguro Social es por un lado la consecuencia de la imposibilidad por parte del Estado de resolver el problema de la asistencia y por otro de la impotencia del asalariado para establecer un sólido régimen de previsión; combina los principios de la asistencia y del seguro libre y participa de los caracteres de ambos, se diferencia de la primera en que no tiene el sentido depresivo que significa para el que recibe la ayuda, el hecho de que ésta pueda tener a sus ojos el aspecto de una limosna, ya que en nada ha contribuido para que se le otorgue, y del segundo en que se trata de una medida en la que no caben cálculos de probabilidades en cuanto a las condiciones del futuro asegurado, sino que ellos deben basarse sobre estudios sociales que comprenden la colectividad (2).

### **Conquista Social**

En el inicio de toda institución siempre se producen situaciones de interés histórico. La Caja estableció un convenio con el Hospital San Juan de Dios, se abrió un servicio de varones en el salón Echeverría con 40 camas, donde se colocaban pacientes tanto de medicina como de cirugía y otras especialidades. La mujeres aseguradas en esa época eran muy pocas, ingresaban a la Pensión Umaña.

Simultáneamente se abrió una consulta externa en un pequeño local frente a Uribe & Pagés, en la avenida 3a., las recetas las llevaban los pacientes a una farmacia particular con la que la Caja había hecho un convenio.

Los casos que necesitaban hospitalización se enviaban al Hospital San Juan de Dios, si se trataba de pacientes quirúrgicos se preparaban, algunos cirujanos del Hospital San Juan de Dios se habían comprometido con la Caja a operar de acuerdo a una tarifa convenida.

En noviembre de 1944 una comisión de administrativos, médicos y un ingeniero se trasladaron a la Casa Cuna, que se estaba construyendo en Aranjuez porque la Caja quería adquirir ese edificio y transformarlo en hospital.

Se le realizaron algunas transformaciones estructurales para destinarlo a funcionar como un hospital, así se hizo y al poco tiempo inició la consulta externa.

En 1945 se recibieron los primeros pacientes encamados para hacerles tratamiento con penicilina, que se introducía por primera vez y se temían reacciones indeseables en tratamientos ambulatorios.

En septiembre de 1945 se abrieron las puertas del Hospital ya remodelado y equipado para funcionar adecuadamente y así se trasladaron los pacientes hospitalizados hasta entonces en el Hospital San Juan de Dios.

Después que abrió sus puertas el Hospital y pasada esa primera etapa de ajustes y organización, se fueron perfeccionando los diferentes servicios y consolidando nuevos nombramientos.

El Seguro Social inició las prestaciones médicas, rodeado de incertidumbre y de previsiones, pero paulatinamente fueron tomando fuerza y organizándose hasta llegar a la edad madura que hoy vive y que luce como la conquista social y médica más importante, forjada en las mentes más preclaras, patrióticas y cristianas que hicieron posible este milagro que honra a nuestra patria y se perfila en el concierto del mundo, como de gran alcanzada, ejemplo de una legislación humanística, social y de protección de la salud, cuyos resultados causan el asombro de técnicos internacionales que nos estudian y se admiran de nuestros índices de salud y de esperanza de vida, que lucen al nivel de los países más desarrollados (3).

## II. FINANCIAMIENTO Y ROMPIMIENTO DE TOPES

En 1958 se comprueba que la Caja se hallaba prácticamente quebrada, sus rubros estaban en rojo y su situación era insostenible. El 28 de agosto de 1958, una declaración del Consejo de Gobierno dio pleno apoyo a los seguros sociales en Costa Rica.

Dicha declaración contemplaba: la universalización de los seguros sociales, la elevación del tope asegurable de salario, el pago de las cuotas del seguro social por parte de las instituciones autónomas como parte del Estado, el reconocimiento de la deuda estatal para con la Caja con seguridades de su pago, la expansión de la cobertura familiar, la extensión del sistema de pensiones a los trabajadores del campo, entre otros planteamientos a ejecutarse de inmediato.

En octubre de 1958 se presentan los dos proyectos de apoyo a la Caja, el de Rompimiento de Topes de Salarios y el de la Contribución de los Entes Autónomos al pago de la cuota Estatal.

El primer proyecto en síntesis, lo que proponía era que los trabajadores que ganaban más de cuatrocientos colones y hasta mil colones, quedaban cubiertos por el régimen de Enfermedad y Maternidad, por lo que

ellos y sus patronos, quedaban obligados a pagar las cuotas correspondientes a la Caja Costarricense de Seguro Social, este proyecto fue aprobado con poca oposición (4).

El segundo proyecto fracasó por falta de planificación previa por parte de la Caja y del Ejecutivo.

### III. EVOLUCION Y REFORMA LEGISLATIVA

La elevación del salario tope de 1958 fue diseñada para dar un ímpetu dramático a la expansión de la cobertura en los servicios de salud del Seguro Social, pero, de hecho, hubo poco avance en esa dirección una vez que se elevó el tope.

A finales de 1959, era evidente y necesario mayores aportes a fin de proveer a la Caja de nuevos fondos.

Durante la década de 1950 mientras el presupuesto del gobierno crecía, su capacidad para atender a la demanda creciente de servicios se quedaba atrás, este problema lo complicaban la declinación de los ingresos fiscales, una economía debilitada y el crecimiento de la población que se venía duplicando.

Este problema se reflejaba en la demanda creciente por instalaciones adecuadas para la atención de la salud.

En 1959 la necesidad de extender más y abarcar más con el Seguro de Enfermedades y Maternidad, y la necesidad de hacer algo por la financiación del Seguro Social, era un asunto sobre el cual existía un consenso general.

Se propone entonces a la Asamblea Legislativa asignarle a la Caja un 10% del presupuesto nacional, sin embargo esta propuesta no se definió.

Se propuso también un ingreso anual fijo, disponiendo que el producto íntegro de un impuesto a los cigarrillos fuera pagado directamente a la Caja.

La intención de ambos planes era ofrecer garantías financieras a la Caja ante el problema de la deuda estatal.

### UNIVERSALIZACION

Aún cuando se había llegado a un acuerdo en cuanto a las dos reformas mencionadas, la aprobación final era de la Asamblea Legislativa, se hizo hincapié en que si las reformas eran puestas en práctica con éxito la Caja contaría con la financiación necesaria para extender las prestaciones de los seguros sociales.

Se sugirió que se agregara un párrafo especial al proyecto de reforma del Artículo 177 de la Constitución, que estipulara que la Caja, por ley, estaría obligada a universalizar sus servicios dentro de los diez años siguiente a la aprobación de la reforma (5).

Las dos reformas recibieron aprobación legislativa final y se convirtieron en leyes el 6 de mayo de 1961.

El transitorio 3o. del artículo 177 de la Constitución Política textualmente dice:

- 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 Maternidad y Enfermedad, en un plazo no mayor de diez años contados a partir de la promulgación de esta reforma constitucional.

El proceso de la universalización exigía, desde el punto de vista jurídico, precisar el campo de acción de la Caja Costarricense de Seguro Social y el papel que le habría de corresponder dentro del plan nacional de salud (6).

Podría decirse que antes de tal reforma regían en Costa Rica las estructuras y procedimientos propios de los seguros sociales clásicos, que a partir de la reforma constitucional citada se ponía frente al país una nueva concepción: la de la seguridad social.

Fue necesario reformar la Ley Constitutiva de la Caja, a efecto de que su campo de aplicación comprendiera no solamente a los trabajadores asalariados sino también a los independientes, este nuevo planteamiento hacía indispensable además señalar que la función médico-asistencial de la Caja no debería reducirse sólo a una actividad de tipo curativo sino que, debería participar también en las actividades de medicina preventiva que tiene a su cargo el Ministerio de Salud. Finalmente la meta de la universalización, al desbordar el concepto clasista original contenido en la práctica de los seguros sociales, obligaba a admitir la posibilidad de cubrir a aquellas personas que por su condición de indigentes, no estaban contempladas dentro de la población económicamente activa.

Aunque la eliminación de los topes vino a superar una limitación de carácter financiero que existía en cuanto a las imposiciones que deberían pagar patronos y trabajadores al Seguro Social, tal eliminación de topes vino a agravar el problema de la contribución del Estado como tal.

#### **IV. REESTRUCTURACION Y EXPANSION**

##### **TRASPASO DE HOSPITALES**

En 1973 se promulga la Ley No. 5349 denominada "Ley de traspaso de Hospitales a la Caja Costarricense de Seguro Social". Para efectos de la universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad, cuya administración le corresponde a la Caja, así como el logro de un sistema integral de la salud, el Ministerio de Salud, las Juntas de Protección Social y los Patronos a cargo de instituciones médico-asistenciales, traspasarán a la Caja las instituciones que de ellos dependan.

Los traspasos de las unidades médicos que administraban las Juntas de Protección Social, se realizaron bajo un proceso acelerado (7).

## **NACIMIENTO DEL CENDEISSS**

La consecuencia de una demanda creciente por los estudios en las disciplinas propias de la salud, cristalizó en la iniciativa de crear un centro especializado en la docencia, que permitiera un adecuado adiestramiento sin causar problemas a la atención de los pacientes.

Las nuevas instalaciones debían contar con oficinas administrativas, cuyo personal estaría a cargo del control de los estudiantes, de la programación de los cursos, impresos y en general de todas las necesidades académicas (8).

## **V. CRISIS**

### **SITUACIÓN FINANCIERA**

Las instituciones responsables de la política social se ven afectadas por la inestabilidad económica para llevar a cabo sus programas de protección a la población.

Tales dificultades son de naturaleza económica y consecuencia de la coyuntura existente, asimismo las soluciones requeridas deben ser de carácter económico y propias para cada país.

La inflación afecta todo programa de Seguridad Social, debido a que las economías de los países están basadas en recursos cada vez más caros y escasos.

Las instituciones de Seguridad Social se afectan directamente en función del producto interno bruto y de la satisfacción de necesidad de la población económicamente activa.

## **PROYECCIONES FINANCIERAS**

### *Estructura de las Prestaciones*

En la actualidad la Caja otorga las siguientes prestaciones:

#### 1. Seguro de Enfermedad y Maternidad:

- Servicios de enfermedad
- Servicios de maternidad
- Beneficio familiar
- Prestaciones en dinero

#### 2. Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte

Este seguro paga beneficios bajo las siguientes condiciones:

- Estado de invalidez
- Estado de vejez
- En caso de muerte
- Indemnizaciones
- Servicio médico hospitalario y aguinaldo

## **FINANCIAMIENTO**

Los programas que administra la Caja son financiados de la siguiente forma:

#### 1. Seguro de Enfermedad y Maternidad

El financiamiento de este programa es a través del aporte obligatorio de patronos, trabajadores y Estado como tal. Mediante este sistema lo esperado es que los ingresos superen a los egresos del S.E.M., como para crear una pequeña reserva de contingencias, que proteja al programa contra inesperados desequilibrios financieros por corto plazo, en ese sentido, los fondos de la reserva deben invertirse en un alto grado de liquidez.

#### 2. Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

El Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte se inició con el modelo de "Prima Media Nivelada", que en teoría significa: "el financiamiento asegura el equilibrio del programa a largo plazo, con una tasa de contribución que se mantiene constante. Por lo tanto, la Prima Media se determina a nivel necesario para que el valor actual probable de todos los ingresos sea igual al valor actual probable de todos los futuros egresos".

Durante los primeros años de funcionamiento del programa, los ingresos por contribuciones superan a los egresos. Los resultantes superávit se acumulan en una reserva que permite realizar inversiones a largo plazo, en cuyo caso los rendimientos se consideran como otra fuente de ingresos si la inversión de capitales acumulados en reservas es prudente y rentable, los intereses que resultan garantizan el equilibrio financiero permanentemente, porque a la larga los intereses unidos a las aportaciones serán suficientes para cubrir los egresos anuales (9).

### **PROYECCIONES**

La finalidad de las proyecciones financieras de la Seguridad Social es asegurar un monto suficiente de fondos para hacer frente a los compromisos de sus sistemas, tanto en las prestaciones de servicio, económicas y los gastos de administración.

Mediante proyecciones de carácter democrático, económico y financiero se pretende definir el horizonte de la planificación que mostrara las perspectivas de crecimiento institucional, sujetas a limitaciones de orden presupuestario.

También puede contribuir a prever cualquier contingencia financiera y mantener el equilibrio económico de los regímenes que administra la Caja.

### **NUEVOS MODELOS DE ATENCION**

Los servicios de salud en Costa Rica por su crecimiento y desarrollo han alcanzado importantes avances reflejados en los índices de salud. Sin embargo, el modelo de administración de servicios, el costo, la satisfacción del paciente, entre otros, han sido factores que en lo

relativo a la consulta externa, plantearon la necesidad de implantar nuevas modalidades de servicio cuyo objetivo central lo constituya al alcance de la excelencia, en aras de mejorar los niveles de salud de la población y su calidad de vida.

### **MODELO DE MEDICINA MIXTA**

El programa de medicina mixta, se creó como una respuesta a la crisis del modelo de atención médica, en la prestación de servicios de salud. Consiste en que el paciente paga al profesional sus honorarios por la atención en consultorios privados y la Caja brinda los servicios de apoyo (laboratorio, rayos X, farmacia o referencia) a los usuarios con derecho a la atención institucional.

La finalidad de este programa es el descongestionamiento de los servicios de consulta externa de las clínicas y hospitales. En este modelo, al paciente, se le ofrecen servicios bajo la libre elección médica.

### **PROGRAMA MEDICO DE EMPRESA**

En el mes de abril de 1981, la Caja aprueba el programa de Medicina de Empresa, el cual se define como un sistema de asistencia médica exclusiva para los empleados de una empresa, sus familiares y extrabajadores pensionados de dicha empresa. En este caso, la empresa aporta los servicios médicos, el personal de apoyo y las instalaciones. Por su parte, la Caja aporta los medicamentos y servicios auxiliares hospitalarios, a los cuales sea referido el paciente.

Se estimó que el servicio de consulta dentro de la empresa reduciría considerablemente las ausencias de personal a sus puestos de trabajo.

Para la Caja el beneficio se traduce en una disminución en la demanda de servicios de consulta externa.

### **MODELO DE ATENCION MEDICA AMBULATORIO EN BARVA**

Este proyecto se inició en el año de 1987, como un plan piloto de lo que se ha denominado Modelo de Capitalización. Es una forma de organización de la atención médica, fundamentada en la signación de población a cargo de un médico un grupo de ellos, que brindan los servicios. Al médico se le paga un salario base y un reconocimiento por la población a su cargo.

Este proyecto surgió con el fin de poner en funcionamiento un nuevo modelo de consulta ambulatoria, para promover una mayor eficiencia y calidad en la prestación de servicios.

### **SISTEMA COOPERATIVO DE ATENCION INTEGRAL**

En agosto de 1988 la Caja aprueba el proyecto de administración de los servicios ambulatorios de salud en el distrito de Pavas, mediante una cooperativa de autogestión de servicios para la salud integral, con el objetivo de desarrollar un sistema local de salud en las zonas de adscripción, mediante el cual una empresa cooperativa, constituida para tal fin, asume la prestación de los servicios ambulatorios de salud.

### **MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Este modelo nació en el año 1989, como una nueva forma de organización en la atención de la población administrada por la Caja.

Este modelo es un modelo de atención primaria, e integra el compromiso de la comunidad con el proceso de la salud. Se asume que la responsabilidad de la salud es de todos, por lo que se da participación comunitaria en los servicios de salud, en el diagnóstico y la programación (10).

**NOTAS**

- 1,2 y 7      Semblanza 50 Aniversario, discurso Lic. R.A. Calderón F.,  
                  Presidente de la República.
- 3,4 y 6      40 Aniversario 1943-1983.
- 5.      Rosenberg, Mark.: "Las luchas por el Seguro Social en  
                  Costa Rica".
- 8.      Medio siglo construyendo la Salud de un Pueblo.
- 9.      Consideraciones de las Finanzas.
- 10.          Modelos de Administración de los Servicios Estratégicos y  
                  no Estratégicos de la Seguridad Social.

## **2ª PARTE**

El Centro de Docencia nació como respuesta a la creciente necesidad de formación de profesionales en ciencias médicas y técnicos paramédicos, asimismo como consecuencia de la universalización de los Seguros Sociales y la creación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

## **2ª PARTE**

El Centro de Docencia nació como respuesta a la creciente necesidad de formación de profesionales en ciencias médicas y técnicos paramédicos, asimismo como consecuencia de la universalización de los Seguros Sociales y la creación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

Su creación fue aprobada por la Junta Directiva en septiembre de 1972 y fue inaugurado el 25 de mayo de 1974.

Inició funciones con una Dirección General integrada por los Departamentos de Enseñanza e Investigación, que agrupaban por su lado varias secciones y programas. Estuvo bajo la dependencia de la Subgerencia Médica.

Dada la naturaleza de la gestión, su desarrollo se puede establecer en dos etapas:

a) Creación e implementación, caracterizada por el proceso de introducción, normatización y divulgación, bajo un modelo orientado hacia la enseñanza.

b) Reestructuración, que se aplicó en octubre de 1982, con el propósito de fusionar e integrar al Centro otros programas o actividades de formación y capacitación que funcionaban fuera de sede, en otras dependencias de la Institución.

Se varió su nombre por el de Centro de Docencia e Investigación en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS).

De esta forma se integró el Centro de Desarrollo y Capacitación (Área Administrativa) adscrito a la Dirección de Recursos Humanos desde junio de 1975.

En agosto de 1983 se integra el Sistema de Bibliotecas en Salud, se crea la BINASSS, con dependencia de la Subdirección de Investigación.

La organización que inicia esta segunda etapa, perseguía los siguientes

objetivos:

- Integrar en un solo Centro todas las actividades de formación, capacitación e investigación.
- Imprimirle a la organización mayor funcionalidad mediante la creación de áreas programáticas.

A mediados del año 1988 la Gerencia de División Médica, conjuntamente con la Dirección del CENDEISSS, consideraron conveniente hacer un alto en el camino con el fin de actualizarlo y aplicar un reforzamiento a su infraestructura.

Con esta revisión se pretendía:

- i) dotar al CENDEISSS de los medios técnicos y financieros requeridos para hacerle frente al proceso de desconcentración administrativa funcional de la Caja Costarricense de Seguro Social, así como
- ii) desarrollar la capacidad gerencial de los directivos (Ejecutivos a todo nivel) de la Institución:

En marzo de 1988 se creó la Fundación para la Docencia en Ciencias de la Salud (FUCODOCSA), con el objetivo de promover la enseñanza e investigación en estas disciplinas.

Al momento del estudio, realizado con apoyo de asesores y organismos internacionales, se determinaron los siguientes problemas:

- Los recursos humanos y técnicos eran insuficientes. El presupuesto asignado cubría los gastos de operación, pero no había disponibilidad de recursos para desarrollar nuevos proyectos.
- La excesiva centralización y lo engorroso del trámite burocrático hacía poco ágil la operación académica y el desarrollo de la investigación.
- El Centro por ser una dependencia de la Gerencia de División Médica

no contaba con poder de convocatoria, al no tener jurisdicción sobre otras esferas de la Institución.

- Las actividades de formación y capacitación se producían en forma asistemática e incoherente con las prioridades y políticas institucionales.
- El programa de Educación Permanente operaba bajo demanda y a menudo por presión de los gremios o consejos de cada disciplina.
- A pesar de los esfuerzos realizados, las actividades educativas tenían una tendencia esencialmente clínica y la investigación se concentraba exclusivamente en el nivel biomédico, descuidando el ámbito psico-social y administrativo-financiero.
- El enfoque predominante en la formación y capacitación, estaba dirigido a la asistencia médica, la prevención de la enfermedad y rehabilitación; no se ha dado la debida atención a la administración de los servicios médicos, la economía de la salud y el desarrollo de la capacitación gerencial.
- El avance en el desarrollo del conocimiento y aplicación de la filosofía y doctrina de la Seguridad Social, es poco difundido.

Ante este diagnóstico situacional y el panorama que debía encarar el CENDEISS, se imponía el cambio.

Se integró entonces un equipo de funcionarios del Centro y mediante la asesoría externa, se elaboró una propuesta de reorganización, que en lo esencial pretende alcanzar los siguientes principios orientados, todos bajo un enfoque estratégico.

- a) La capacidad del CENDEISS para desarrollar acciones e iniciativas científico-técnicas de la Institución, que a su juicio deben ejecutarse dentro de un programa interno y su correspondencia con las prioridades establecidas, todo en un marco de eficiencia, eficacia y equidad.
- b) La capacidad para establecer prioridades en su propio trabajo, para identificar aquellos programas que producen impacto en los niveles de salud de la población, de tal manera, que reciban todo el apoyo

institucional requerido para su ejecución y de acuerdo a las políticas del sector.

c) El CENDEISSS por sí mismo, o a través de otras Instituciones, debe generar y obtener información, analizarla, diseminarla y utilizarla en programas de educación e investigación; asimismo debe alimentar proyectos cuyos resultados sean propuestas que sirvan para orientar las políticas, estrategias y objetivos del sector.

En virtud de lo anterior, en febrero de 1990 se establece el "CENTRO DE DESARROLLO ESTRATEGICO E INFORMACION EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL" bajo las siglas (CENDEISSS), cuyo propósito fundamental es el de conducir y desarrollar el conocimiento, con un enfoque estratégico a nivel institucional y sectorial, que promueva la solución de problemas a los que se enfrenta la sociedad, tanto en salud como en Seguridad Social.

El enfoque estratégico, se entiende como el adecuado aprovechamiento de los recursos a partir del establecimiento de prioridades, de acuerdo con las áreas comprendidas dentro de la estructura programática institucional, que permite la transformación e innovación de los bienes y servicios que produce la institución, con una imagen de los escenarios futuros.

En sesión No.6393 del 16 de febrero de 1990 la Junta Directiva encarga a la Gerencia de División Médica, la designación de un grupo con participación de funcionarios del CENDEISSS y de la Organización Panamericana de la Salud, el que tendría la responsabilidad de elaborar un documento de propuesta de implementación de la organización y funcionamiento del mismo.

A partir de mayo de 1990 se inició ese proceso de implementación del nuevo modelo de organización, para lo cual en junio de ese año, se efectuó un taller de análisis e implementación de la propuesta aprobada, en el cual la Presidencia Ejecutiva y las Gerencias, coincidieron en la importancia de impulsar el proyecto, con la salvedad que el CENDEISSS temporalmente continuaría bajo la dependencia de la Gerencia de División Médica.

Durante ese tiempo se ha producido un proceso de adecuación a la nueva organización, que ha permitido al día de hoy entrar en este análisis.

En cuanto a la estructura orgánica se refiere, se ha mantenido el esquema básico matricial de la propuesta, a base de tres áreas prioritarias en materia de Seguridad Social, Salud y Recursos Humanos y Tecnología, que tienen la capacidad de decisión indispensable, para discernir, dentro de la gama de actividades que le solicitan al CENDEISS, dónde aplicar sus recursos, todo con el propósito de profundizar en el conocimiento y su difusión respecto a la conceptualización y ejercicio de la Seguridad Social, la Salud y la atención de la enfermedad, desde el enfoque epidemiológico, la relación costo-beneficio y la capacidad gerencial o administración de los servicios; y el desarrollo estratégico de los recursos humanos, en su más amplio sentido, extendiendo la interpretación de los factores que determinan su desarrollo, comportamiento y rendimiento.

Cuenta además con cinco Divisiones Técnico-Administrativas que apoyan a las Areas Prioritarias, a los Grupos Proyecto y brindan asesoría a las regiones programáticas.

Estas son:

- La División de Investigación, la cual promueve el desarrollo del conocimiento y la tecnología a través de proyectos de investigación en todos los campos al interior de la institución y estimula las iniciativas de otros entes del Sector.
- La División de Información que produce, recopila y difunde la información bibliográfica en Salud y Seguridad Social;
- La División de Educación que desarrolla el componente educativo de todos los eventos y programas de formación y capacitación.
- La División de Desarrollo Operativo que tiene como misión la organización y ejecución de las acciones de apoyo logístico en una combinación óptima de todos los insumos necesarios para desarrollar las actividades del CENDEISS;
- La División de Eventos Especiales y Relaciones Internacionales, de

reciente creación, que tiene a su cargo la administración de convenios, la gestión y tramitación de becas y el apoyo logístico para la organización o realización de congresos y seminarios, de programación especial.

Además toda la organización formal o estable dispone del apoyo del Departamento de Servicios Administrativos cuyo objetivo es contribuir al logro de las metas del Centro, mediante una administración eficiente y eficaz de los recursos disponibles.

En Centro trabajó, en 1991, con los siguientes funcionarios:

TITULO DEL PUESTO	CANTIDAD
Médicos Residentes Medicina Familiar	2
Director Técnico	1
Médicos Asistentes Especiales	4
Médicos Residentes Medicina Familiar	41
Microbiólogo	1
Farmacéutico	1
Profesionales	11
Jefes Técnicos Profesionales	3
Técnicos	4
Enfermeras	14
Secretarias	13
Oficinistas	7
Trabajadores especializados	2
Operadores equipo móvil	4
*Agentes de seguridad y vigilancia	3
*Trabajadores misceláneos	5

\*= No se incluyen los empleados de las empresas a las cuales se les compran estos servicios.

## **LOGROS IMPORTANTES**

a) Integración del Consejo Asesor de la Dirección, compuesto por el Director General, los Directores de Areas Prioritarias y los Jefes de las Divisiones Técnico-administrativas, lo que ha favorecido el estudio integral de los programas del CENDEISSS y la coordinación de acciones entre todos los funcionarios técnicos.

b) Participación del CENDEISSS en el Consejo de la Presidencia Ejecutiva, lo que le permite al Director conocer la definición de políticas a nivel superior, así como compartir con las otras Gerencias el análisis y la solución de la problemática institucional.

c) Participación del CENDEISSS en el Consejo Ampliado de la Gerencia de División Médica, a través del cual el Director conoce la marcha de los servicios asistenciales, lo que facilita la orientación adecuada de los programas de Educación y la formación de profesionales en salud.

d) Participación del CENDEISSS en el Consejo Interinstitucional del Sector Salud, a través del cual el Director conoce e interviene en la formulación y definición de políticas para desarrollo estratégico de recursos humanos del Sector, a la vez que la Institución convierte esas políticas en una herramienta útil para el mejoramiento de la calidad de la atención en Salud en el país.

A nivel internacional al CENDEISSS se le ha adjudicado este año la coordinación subregional (Centroamérica) de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), constituyéndose en el responsable de la capacitación y cooperación horizontal en el área.

Se integrarán en la División de Educación las siguientes unidades:

- Programa de Educación Permanente
- Proceso de Desarrollo Directivo
- Departamento de Educación Permanente de Enfermería y el Curso de Formación de Auxiliares de Enfermería; y

- Programa de Capacitación para la Tercera Edad.

## RESUMEN DE ANTECEDENTES

Se puede decir que la evolución organizativa y funcional del CENDEISSS en sus 17 años de existencia, ha operado en consonancia con la expansión de la Caja Costarricense de Seguro Social y consecuentemente con las demandas de capacitación y las necesidades de formación de nuevos grupos de profesionales. Desafortunadamente, pese al interés de la institución y al empeño de muchos de sus directivos, no se tuvo un esfuerzo sostenido, una programación coherente con las actividades desplegadas y una adecuada planificación en la formación de los recursos humanos.

Casi siempre se operó por demanda, en ocasiones por inspiración de algún funcionario y otras por presión o iniciativa de los colegios profesionales, reflejada en la programación ofrecida por los Consejos unidisciplinarios. La organización administrativa se acomodó a este tipo de funcionamiento.

De ahí la necesidad del cambio a que estamos abocados en la actualidad y cuyos frutos ya se están produciendo.

En conclusión, el CENDEISSS ha logrado en menos de un año, cobrar presencia en la alta dirección de la Institución lo que facilita su gestión y coadyuva en el proceso de asesoría; ha realizado la fusión de los programas educativos bajo una misma dirección a cargo de un funcionario especializado en la materia; ha contribuido a impulsar el proceso de integración CCSS-MSP, por intermedio del programa de educación permanente y a través de los Consejos Regionales (CREP) y Consejos Locales (CLEP); ha aumentado la productividad, pues prácticamente ha funcionado con los mismos recursos humanos y financieros; ha extendido su actividad a nivel subregional (Centroamérica) como coordinador de las actividades de capacitación y de intercambio o asistencia técnica y está impulsando nuevos proyectos de desarrollo e investigación, tales como:

- Cáncer de Cérvix en una Región de Alto Riesgo en América Latina

- Medicina Familiar, Alternativa para la Atención Primaria
- Actualización de Médicos Generales
- Capacitación administrativa a niveles a los 23,000 empleados de la Institución.

No obstante los logros obtenidos al presente, a la luz de las nuevas demandas institucionales, las crecientes necesidades cuantitativas y cualitativas de los beneficios de la Seguridad Social, así como de las expectativas de desarrollo de los profesionales al servicio de la Caja Costarricense del Seguro Social y del Sector Salud, la capacidad instalada, tanto en su infraestructura, como en su organización, así también en lo tocante a la disponibilidad de recursos humanos y financieros, está saturada por lo que requiere un reforzamiento en su organización y una mayor agilización en su ámbito de acción.



## **EXTENSION DEL SEGURO SOCIAL A LA ZONA RURAL EN COSTA RICA**

Dr. Guido Miranda Gutiérrez

Dr. Luis Asís Beirute

### **1. EL DESCENSO DE LA MORTALIDAD**

A principios de siglo, al igual que los restantes países latinoamericanos, Costa Rica presentaba en comparación con los países más desarrollados, una situación extremadamente desfavorables en lo que se refiere a nivel de expectativa de vida. La situación de alta natalidad unida a una alta mortalidad, daban como resultado un lento crecimiento de la población.

A partir de las últimas décadas, sin embargo, las distancias entre esos indicadores han tendido a acortarse debido a la disminución de la mortalidad. Así, en los años setenta, en lo que puede señalarse como un caso extraordinario, Costa Rica logró un singular descenso en los índices de mortalidad, al grado que en pocos años alcanzó los índices propios de los países más avanzados.

Este hecho, que ha sido calificado como espectacular, se debió básicamente a la caída vertical en la incidencia de las enfermedades infecciosas, en especial las prevenibles, que fueron combatidas mediante amplios programas de inmunizaciones, hasta el punto que en más de una década no se ha registrado ningún reporte sobre casos de poliomielitis o de muerte por difteria. Asimismo, destaca el descenso de la mortalidad producida por malaria, parasitosis y tuberculosis.

En cuanto a la mortalidad no atribuible a microorganismos o parásitos, presenta diferentes tendencias. Así, las causas más frecuentes, como las complicaciones del embarazo, también han reducido su incidencia fatal, en forma parecida a las infecciones por microorganismos. Esto se debe a la ampliación de la atención hospitalaria y preventiva, al grado que en

1987, el 92% de los partos registrados en el país fue atendido intrahospitalariamente y el 80% de los recién nacidos fue vacunado en las primeras 48 horas de vida, contra la tuberculosis, es decir con la vacuna BCG.

Las tres cuartas partes (75%) de la disminución de la mortalidad registrada entre 1940 y 1980, se produjeron por el control de la desnutrición, de las enfermedades infecciosas y de las parasitarias. Además dos quintas partes (el 40%) de esa reducción están relacionadas con la sanidad ambiental; y un quinto (20%), a la disponibilidad de nuevas drogas y tecnología de alto costo.

Los resultados obtenidos han obedecido a una política clara y programada a lo largo del tiempo para combatir la infección y la desnutrición. Para los años venideros, la prevención será de mayor complejidad y de mucho mayor costo, y deberá orientarse a mantener el control de la infección y la desnutrición y, además, se deberá iniciar la prevención de las enfermedades degenerativas, las neoplásicas, de la violencia en todas sus formas, así como las malformaciones congénitas y enfermedades metabólicas (Cuadro No.1 y gráfico No.1.).

## **2. DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO FAMILIAR**

Entre los años 1962 y 1983, Costa Rica atravesó por una época de expansión económica y un período de crisis que provocaron cambios sensibles en la distribución del ingreso. En ese período se registró cierto aumento en la concentración del ingreso, caracterizado por una mayor participación de los estratos de ingresos altos en detrimento de los grupos de más bajos ingresos, mientras las familias de ingresos medios mantenían casi intacta su participación relativa.

Al respecto, el 20% de las familias de más bajos ingresos, que en 1971 percibió el 5.4% de ingreso total, redujo su participación, en 1983, a un 4.5%; a la vez que, en el mismo período, el 20% de familias de ingresos más altos, aumentó su participación de un 50.6% a un 51.8%.

A lo anterior debe agregarse el problema de la desigualdad en la distribución geográfica del ingreso. Los datos demuestran que el aumento en la concentración del ingreso fue mayor en el área urbana que

en la rural.

En el área urbana se incrementó el nivel de ingreso total en un 2.7%. Sin embargo, al analizar los diferentes grupos de ingresos, se observa una disminución en todas las categorías, excepto en la que comprende al 10% de familias de ingresos mayores, cuyos ingresos totales aumentaron de 32.9% en 1971 a 37.1% en 1983.

En el área rural, por el contrario, hubo un incremento en la participación relativa de todos los estratos, excepto el 10% de las familias más pobres, cuyos ingresos se redujeron en un 16.3% y su participación respecto al total de ingresos del área disminuyó de 2.8% en 1971 a 1.9% en 1983.

Tanto en el área rural como en la urbana, el 20% de familias de menores ingresos fue el sector más afectado, mientras que el 20% de las familias de ingresos más altos fue el más favorecido (Cuadro No.2).

### **3. EXTENSIÓN Y MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS EN LA ZONA RURAL**

Los servicios de salud en Costa Rica están básicamente a cargo de instituciones de servicio público, que trabajan en forma coordinada a través del sector salud.

De acuerdo con programas preestablecidos, la atención médica a cargo del Ministerio de Salud se dirige a la población dispersa, pero luego se complementa con los servicios médicos a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social (Gráfico No.2).

Entre las responsabilidades del Ministerio incluídas en el Plan Nacional de Salud para el período 1974 a 1980, se estableció la formulación y ejecución del Programa de Salud Rural, con el propósito de mejorar sustancialmente las condiciones sanitarias de quienes habitan el interior del país. Para cumplir ese objetivo, se impulsó la instalación y el desarrollo de puestos de salud en las áreas rurales carentes de servicio, y se enfatizaron las acciones en el campo preventivo.

Esta estrategia hizo posible que ya en el año 1978 se proporcionaran servicios a 698 mil personas, que fueron atendidas "casa por casa", y

ello permitió alcanzar una cobertura nacional del 90% de la población rural. Además, el Programa de Salud Rural permitió fomentar la participación de las comunidades en los programas asistenciales a cargo de la CCSS, mediante la construcción de 18 unidades dirigidas a prestar servicios preventivo-curativos y de rehabilitación en el medio rural.

Sobre este mismo aspecto, el cuadro No.3 muestra cómo los niveles de cobertura de este programa ascendieron hasta 1979, en que alcanzó su grado más alto, con el 60.93% de la población rural atendida. A partir de ese año, descendió hasta un 51.92% en 1981, el punto más bajo del periodo. Ya en 1980 se habían superado aquellos indicadores máximos que se alcanzaron en 1979, hasta llegar a un 64.63%, pese a que, en números absolutos, la población atendida subió prácticamente en un 50%, al pasar de 640 mil en 1981, a 982 mil en 1984.

Para complementar lo anterior, en 1976 se inició otro programa a cargo del Ministerio de Salud, orientado a las zonas urbanas y semiurbanas, que se denominó Programa de Salud Comunitaria, con el objeto de favorecer las acciones preventivas en diferentes cantones del país (Cuadro No.4).

Dada la experiencia nacional y extranjera, y pese a los esfuerzos realizados, puede decirse que la atención médica en los sectores rurales, constituye un problema de difícil solución, aún en los países más desarrollados.

La magnitud de las dificultades se halla en relación directa con los niveles de vida más bajos que prevalecen en los sectores rurales y que determinan problemas de salud diferentes a los que se observan en el medio urbano.

Además, dado que los niveles de vida de la población rural varían en grado mayor o menor de un sector geográfico a otro, son distintos los problemas de salud que pueden presentarse; y distintas las características locales que permitan la prestación de una atención médica adecuada.

La dispersión de la población rural, las condiciones de los caminos, el nivel cultural, el poder adquisitivo promedio, los hábitos alimentarios y otros aspectos similares son características locales a considerar en el

desarrollo de los programas sanitarios a nivel local y regional.

## **PROBLEMATICA DE LA EXTENSION DE LOS SERVICIOS**

### **1. CARACTERISTICAS DE AMBAS ZONAS**

En la extensión de la Seguridad Social a la población marginada de zonas rurales, se presenta una realidad muy diferente a la de aquellos grupos de población localizados en las zonas urbanas que cuentan con todos los recursos, como la accesibilidad cultural, económica, política y geográfica en la demanda de los servicios de salud.

A pesar del interés puesto en las últimas décadas, tanto por la Caja Costarricense de Seguro Social como por el Ministerio de Salud, en proporcionar atención médica eficiente y oportuna y tratar de estructurar programas nacionales de salud, los indicadores perfilan una situación menos favorable que los del área urbana.

La mortalidad infantil sigue presentando tasas más altas en comparación con los cantones más favorecidos en cuanto a servicios de salud.

Esta situación la ilustran los indicadores de salud, sociales y económicos, los cuales se hallan, en 30 de los 81 cantones del país, por debajo de los promedios nacionales, y más críticamente en La Cruz, Upala, Los Chiles, Guatuso, Sarapiquí, Limón Centro, Siquirres, Guácimo, Matina y Pococí

Algunos de estos lugares, hasta duplican la tasa de mortalidad infantil del promedio nacional que es de 14.8% por cada mil nacidos vivos.

Como se puede notar, la tasa de mortalidad infantil es alta en algunas áreas de la zona rural costarricense. La mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias se mantiene elevada fundamentalmente en esos cantones de menor desarrollo. Esta situación hace evidente la necesidad de enfrentar con grado prioritario los problemas de salud para la población rural.

## **2. LA CONCENTRACION URBANA DE PERSONAL**

La inadecuada distribución de personal médico y auxiliar, lo mismo que de otros profesionales y técnicos relacionados con la salud, quienes se concentran en las cabeceras provinciales y en el valle intermontano central, es otro de los factores causantes de que la población en el medio rural carezca o disponga de esos servicios en forma limitada.

Es una realidad que la Caja Costarricense de Seguro Social conjuntamente con el Ministerio de Salud, en su extensión gradual y progresiva, han realizado grandes esfuerzos para lograr una más equitativa distribución del personal de salud en el territorio nacional. Han llevado prestaciones médicas a poblaciones cuyos recursos eran muy limitados y en ocasiones inexistentes. Sin embargo, es notorio que los recursos de salud no han aumentado en forma paralela al incremento demográfico.

Son numerosos y característicos los casos en que se observa una brecha más o menos grande, entre la demanda satisfecha y la demanda sentida. Esto vuelve urgente la necesidad de realizar programas mucho más amplios, siempre integrados con el Ministerio de Salud, que se proyecten fundamentalmente a las zonas rurales cuyos habitantes requieren un apoyo solidario a nivel nacional.

El problema de la vivienda presenta características muy particulares en la zona rural. Una parte muy importante de los hogares está constituida por habitaciones únicas en que conviven las numerosas personas que constituyen la familia campesina. Esta situación de desigualdad está siendo afrontada por un programa muy intensivo de la vivienda popular en la zona rural.

Unido a lo anterior, debe señalarse que los suministros de agua intradomiciliaria, cuya extensión en las zonas urbanas casi alcanza al 100% de las viviendas, en las áreas rurales todavía se encuentran muchas casas que reciben agua de pozos o que directamente se surten de los ríos y quebradas como otros medios de abastecimiento inadecuados e insalubres.

Otro fenómeno que es característico de la zona rural, es la emigración

desordenada hacia las zonas urbanas, lo que origina los cinturones de población marginada que por sus características impiden su acomodo en la industria. Estas poblaciones generalmente se ocupan en labores de baja productividad, con lo cual se traslada la subocupación del campo a la ciudad.

### **3. EL FENOMENO DEMOGRAFICO**

Finalmente, sin que se pueda considerar menos importante que los anteriores, se halla el fenómeno demográfico, que en la zona rural es de características muy particulares y evidencia muy claramente la marginación de la población campesina respecto del proceso social. Aproximadamente el 34% de la población nacional se ubica aparentemente en zonas rurales, dato que puede aparecer como inferior a otros países latinoamericanos; pero no debe olvidarse que la emigración desordenada hacia las ciudades es un fenómeno mucho más significativo en el caso de Costa Rica.

Esta realidad evidencia una muy difícil situación convertida en denominador común para una gran parte de la población rural, y a ella deben agregarse otros factores que se constituyen en problemas específicos, entre los cuales destacan los relativos a la situación de los medios de producción y las condiciones de la fuerza de trabajo.

Así, la agricultura se ha empobrecido a consecuencia de una estructura heterogénea de la fuerza laboral. A pesar de lo pequeño del territorio nacional, existen muchos núcleos de población aislados y dispersos, imposibilitados de sacar los productos a los mercados urbanos y que, por ello, favorecen el éxodo rural.

Existe también un alto nivel de subempleo rural, unido a los bajos ingresos que corresponden al trabajo agrícola asalariado o independientes, ingresos que son considerablemente menores a los que se pagan a los trabajadores de otros sectores.

En el medio rural también se observa una mayor pobreza y marginación en lo que se refiere a los servicios que prestan las instituciones de protección social.

Gran parte de la producción rural se halla sujeta a procesos artesanales en cuanto a los métodos de producción, lo cual condicionan una muy disminuída capacidad competitiva en los mercados.

Padece también la carencia de una infraestructura de salud adecuada porque, en muchas ocasiones, se dispone de muy limitadas posibilidades para establecer aquella infraestructura.

#### **4. NECESIDAD DE ESTRATEGIAS CRECIENTES**

El análisis global de la interrelación de las circunstancias mencionadas, hace obligatorio formular estrategias con un enfoque de extensión gradual en lo referente a cuantía, a tiempo y a espacio.

La cuantía debe estar en relación con el monto de las prestaciones a satisfacer, los programas a establecer deben incluir algunos inmediatos en función del tiempo y deben procurar una cobertura territorial progresiva.

La Dispersión de la Población, ostensible en un elevado número de localidades (45% de la población habita en caseríos de menos de 500 habitantes) obliga necesariamente a extender la cobertura en función de la concentración de tierras cultivables, productos agropecuarios, valor de la producción de los bienes primarios obtenidos y fuerza de trabajo aplicada.

El problema de prestar atención a la población dispersa, complicado como es en sí mismo, se agrava aún más por los deficientes medios y vías de comunicación existentes en la zona rural.

El bajo nivel de vida, la ausencia o funcionamiento rudimentario de los servicios públicos, aunados a los problemas del desarrollo y funcionamiento del recurso físico en salud, ocasiona una complejidad administrativa que redundan en elevación de los costos correspondientes a la prestación de los servicios de salud.

Estos condicionantes de la atención integral en la zona rural obligan a

una acción interinstitucional, en que participe tanto el sector público como el sector privado, encaminada a establecer políticas generales de Gobierno, según las cuales las instituciones de seguridad social deban participar de acuerdo con lo previsto en los planes nacionales de desarrollo.

Con frecuencia, el procedimiento de participación del Seguro Social se establece mediante convenios de coordinación o integración, que tienen como objetivo sumar esfuerzos y recursos en una tarea común y hacer vigente la aplicación de principios de solidaridad.

Todos estos factores que han sido identificados en diferentes foros nacionales e internacionales, constituyen un conjunto de problemas que deben considerarse en las modalidades de extensión al ámbito rural, en donde por ser escasa la capacidad contributiva de la familia campesina, deben adoptarse procedimientos factibles con apoyo de la solidaridad nacional, representada con firmeza no sólo por los aportes del presupuesto gubernamental sino por el desarrollo integral para crear nuevas fuentes de trabajo, caminos de penetración para mejorar la accesibilidad y permitir así a un desarrollo socioeconómico y aumento de la productividad de la población rural marginada.

Sólo así se puede iniciar un proceso que permita ir eliminando los sistemas de protección social limitados y anacrónicos, que han sido característica de situaciones de injusticia social.

## **ESTRATEGIA PARA LA EXTENSION DEL SEGURO SOCIAL A LA ZONA RURAL**

### **1. PROCESO DE REGIONALIZACION**

Por medio de los decretos ejecutivos No.9501-p.op del 15 de enero de 1979 y No. 10.653-p.op del 5 de octubre del mismo año, se estableció la regionalización del territorio nacional, de acuerdo con el criterio de que el desarrollo económico y social para ser integral y coordinado debe ser regional, y alcanzar todos los niveles y regiones del país, así como beneficiar a los distintos sectores y estratos de la población.

Posteriormente, en febrero de 1985, mediante Decreto No. 16.068-PLAN, se modificaron las disposiciones contenidas en los decretos anteriores, para realizar ajustes derivados de la experiencia de su aplicación, y con la finalidad de alcanzar una mayor definición de la estrategia global del desarrollo regional, para lo cual se establecieron las siguientes regiones: Central, Chorotega, Pacífico Central, Brunca, Huetar Atlántica y Huetar Norte.

A partir del 16 de enero de 1987, por disposición del Ministerio de Salud y previa aprobación del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), se adoptó en el ámbito de la salud, una regionalización en concordancia con lo establecido por el decreto citado, la cual fue muy similar a la utilizada por la Caja Costarricense de Seguro Social, de manera que en este campo las regiones quedaron señaladas como: Central Norte, Central Sur, Chorotega, Huetar Norte, Huetar Atlántica y Brunca.

## **2. PIRAMIDES Y NIVELES DE ATENCION EN SALUD**

Mediante la regionalización se busca fortalecer la política de caracterizar los servicios según niveles de atención, tanto en lo que se refiere a las acciones de Medicina Comunitaria y Rural, como a las de Nutrición y Epidemiología.

A partir de los niveles I y II, que corresponden a atención primaria a cargo del Ministerio de Salud, se coordinan e integran las acciones de salud con los niveles encomendados a la Caja Costarricense de Seguro Social, para evitar duplicaciones y lograr mejorar los servicios a la población del país (Gráfico No.3).

### ***2.1 Primer Nivel: el hogar (familia)***

La educación para la salud en este nivel debe comprender costumbres: medidas de higiene, alimentación, lactancia materna, conservación de los alimentos, recomendación de vacunación y otras similares. Se trata de crear hábitos. La acción en este nivel es positiva porque se trata de tomar la iniciativa e ir a la casa del habitante de una comunidad a protegerlo, a educarlo. No se espera que se enferme para darle servicio, sino que se va a evitar que eso suceda.

Se promueve la salud, se detectan casos problemas en los hogares o en la comunidad, se inicia el proceso de referencia a otro nivel superior. Estas acciones son ejecutadas por promotores de salud, auxiliares de salud, de enfermería y otros funcionarios de similar nivel.

Este es el escalón inicial de la atención primaria de la salud como estrategia, y trata de proporcionar la atención directa al individuo, a la familia o a la comunidad. Esto implica tratar de convertir a las madres en las primeras promotoras de la salud de sus familiares.

La familia es la célula social básica, la unidad primaria de acción, a través de la cual el niño ingresa al mundo de relación. Es en este medio donde el individuo crece y se desarrolla psíquica, física y socialmente. Con el transcurso del tiempo, no sólo cambian el tamaño y la composición de cada familia, sino también sus objetivos, sus necesidades, sus demandas, su situación económica y la posición social. El paso por las distintas etapas de desarrollo de la familia, determina variables de cambio que hay que tener presentes en relación con las nuevas actitudes y problemas a solucionar.

## *2.2 Segundo Nivel: el Puesto de Salud*

Las unidades que se atienden sin profesional médico están bajo la acción de asistentes de Salud Rural o Comunitaria, o de auxiliares.

En estas unidades se proporciona medicina preventiva, educación, primeros auxilios y otros servicios parecidos. Atienden a pequeñas comunidades menores de 2,000 habitantes y constituyen el enlace inicial entre el Sistema Integrado de Salud Ministerio-CCSS, ya que, en presencia de casos más complejos, se encargan de referir los pacientes a los centros de salud o clínicas de la Caja.

Además, reciben de las unidades superiores instrucciones para cumplir su labor, se encargan de detectar no sólo problemas de enfermedad, sino problemas de trabajo, sociales, educacionales y ambientales, y transmitir sus inquietudes a los niveles superiores, en busca de soluciones adecuadas.

### *2.3 Tercer Nivel: Centros de Salud y Clínicas de consulta externa*

Es un nivel intermedio de atención, especialmente al cuidado de enfermeras, auxiliares, médicos, odontólogos y otros profesionales.

Brinda atención frente a casos de enfermedades y presta asistencia preventiva en algunos aspectos: llegan a ellos las personas referidas a los Puestos de Salud, o espontáneamente; y si es necesario, son enviadas a los Hospitales Regionales o a los Periféricos.

Estas clínicas deberán ser convertidas en los Centros de Atención de Salud del pueblo, que asuman acciones de medicina preventiva, practiquen exámenes de detección en masa, proporcionen educación para la salud, señalen medidas higiénicas, etc.; aparte, por supuesto, de los cuidados de la enfermedad.

En una población determinada y una área geográfica específica, cada médico, cada enfermera o cada auxiliar debe considerar la educación para la salud como una responsabilidad propia y debe impartir constantemente esta instrucción. De ser posible, deberán estar en la misma planta física, supervisar, controlar y apoyar los Puestos de Salud, los CINAI, los CEN, etc.

Para cumplir con todas sus responsabilidades, deberán recabar el apoyo de la comunidad mediante las Juntas de Salud y Seguridad Social y, a su vez, deberán participar en la organización y la ejecución de las acciones que emprendan esas organizaciones.

### *2.4 Cuarto Nivel: Hospitales periféricos*

Teniendo una área de atracción determinada, este tipo de hospital debe ser el centro de cuidado de la salud de la comunidad a que pertenece.

Son establecimientos destinados principalmente a la atención gineco-obstétrica, pediátrica, medicina general y resolución de problemas conforme lo permita la capacidad instalada de recursos humanos, físicos y técnicos. En los hospitales periféricos de los niveles 2 y 3 se otorgan servicios de cirugía general y medicina interna.

Constituyen el respaldo a los puestos de salud, clínicas de consulta externa que se encuentran en su área de atracción.

Cuenta con elementos mínimos de diagnósticos tales como Rayos X y Laboratorio Clínico según el nivel de complejidad correspondiente y, además, con los servicios técnicos administrativos de apoyo.

Lo que se señala para el siguiente nivel le corresponde en acción también a estos hospitales.

### *2.5 Quinto Nivel: Hospitales regionales (Jefaturas de áreas, centros de coordinación de la región)*

En primer lugar, estos hospitales deben ofrecer medicina integral en su interior e integrar sus servicios con los Centros de Salud, Clínicas y Puestos de Salud existentes en la zona, contando con amplia participación de la comunidad en diversos proyectos de apoyo, como los referidos a alcoholismo, obtención de nuevos ingresos, cuidados del enfermo crónico o senil, voluntariado de cooperación de enfermos psiquiátricos, estimulación precoz, educación en salud no sólo a sus propios trabajadores, sino a la misma comunidad, interesándolos y apoyándolos para acciones tendientes a mejorar el nivel de vida de los habitantes de la comunidad (programas de vivienda, nutrición, agua, empleo, etc.)

La distribución de sus recursos y servicios debe estar en relación con las necesidades que la comunidad tiene. Debe proyectarse a la comunidad estimulando la atención ambulatoria y llevando sus actividades lo más cerca posible de los domicilios de las personas.

La atención ambulatoria contará con sub-especialidades en medicina como: Cardiología, dermatología, endocrinología, gastroenterología, hematología, neurología, psiquiatría, oncología, rehabilitación y otras que sea necesario implementar en razón de la demanda de la población y de acuerdo al perfil epidemiológico regional.

Como subespecialidades en cirugía se citan: cirugía general, oftalmología, ortopedia, otorrinolaringología, urología. Además, cuenta con los

servicios de ginecología, obstetricia, pediatría y otros servicios que tienen apoyo en atenciones que brinda personal técnico como en optometría, nutrición y planificación familiar.

Las Juntas de Salud y Seguridad Social del cantón, con participación voluntaria y activa, deben actuar plenamente en las acciones de salud e inclusive participar en la adopción de las decisiones que afecten globalmente su problemática.

### *2.6 Sexto Nivel: Hospitales Nacionales o Universitarios (especializados)*

Este nivel corresponde a centros de referencia de patologías difíciles. Asimismo, tienen la responsabilidad de la formación de recursos humanos para el sistema hospitalario nacional: enseñanza universitaria profesional de pre y post grado, e investigación.

Funcionalmente apoyan y adecúan sus métodos de enseñanza para preparar mejor sus educandos, sobre las situaciones más importantes de salud o enfermedad prevalentes, especialmente las que privan en el área rural, donde los recursos suelen ser mínimos.

## **3. INTEGRACION DE SERVICIOS**

Como se ha citado, muchos son los factores que condicionan la extensión de los servicios médicos a la población rural. Se han enumerado aspectos como la dispersión de la población, la escasa densidad en territorios muy extensos y la falta de personal médico y de establecimientos de salud.

Ante tales condiciones, desde 1982 se comenzaron a desarrollar acciones específicas conjuntas entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, tanto en el área rural como en la urbana, partiendo del principio que el nivel primario de atención a cargo del Ministerio de Salud, eventualmente pasaría a formar la base funcional del sistema asistencial de la Caja.

De ahí que el 57% de las unidades de la Caja y del Ministerio de Salud han asumido la atención total del programa de inmunizaciones, del

control prenatal hasta el séptimo mes, de la visita domiciliaria con trabajadores de salud no profesionales, del control y desarrollo del niño sano, de los programas de alimentación infantil y de planificación familiar.

Por su parte, la Caja Costarricense de Seguro Social absorbe toda la demanda asistencial de atención hospitalaria y ambulatoria para todos los niveles respectivos de la totalidad de la población. Los resultados han tenido gran repercusión, especialmente para la comunidad, por cuanto no hay duplicidad y se utilizan racionalmente los recursos para toda la población.

Este proceso ha permitido lograr una cobertura geográfica completa, en la cual, tanto la Caja como el Ministerio de Salud ofrecen servicios en todo el territorio nacional, desde los más simples hasta los más altos niveles, los cuales se hallan a disponibilidad de toda la población. No obstante la favorable extensión de los servicios médicos, resulta indispensable dotar al área rural de unidades que representen puertas de entrada al sistema de niveles de atención y evitar así el desplazamiento de la población a los centros de más alta complejidad.

#### **4. EL REGIMEN NO CONTRIBUTIVO DE PENSIONES POR MONTO BASICO**

Por Ley No.5662 del 16 de diciembre de 1974, se creó el Régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico, el cual tiene por objeto proteger contra los efectos patrimoniales causados por estados de invalidez, vejez y desamparo por muerte del jefe de familia, a aquellas personas que, necesitando amparo económico inmediato, no lo hayan obtenido por no haber estado cubiertas o, si lo están, por no haber cumplido con los requisitos legales, según lo establecen los regímenes contributivos de pensiones existentes en el país. A estas personas se les otorga una pensión cuyo fundamento es la responsabilidad social de dar amparo económico al núcleo familiar.

Con el funcionamiento de este régimen se ha favorecido a la población rural, la cual alcanza el más alto grado de marginalidad y, por ende, necesita con mayor frecuencia este tipo de protección económica.

#### *4.1 Aspectos generales*

Las pensiones de este régimen se destinan conforme con el orden prioritario que de seguido se enuncia:

- a) Personas ancianas con dependientes o sin ellos; a los mayores de 65 años.
- b) Personas inválidas con dependientes o sin ellos.
- c) Madres solas con hijos menores de 15 años a su cargo, o inválidas de cualquier edad. En caso de madres solas, debe efectuarse una revisión cada seis meses, por medio del Trabajo Social para determinar si mantienen o no la situación, que originó el otorgamiento de la pensión.

#### *4.2 Dependientes*

Además de cónyuge o compañero de cualquier sexo, a personas que padezcan necesidad económica, o que no puedan valerse por sus propios medios ya sean ancianos, inválidos o menores de 15 años. En caso de menores, estudiantes y solteros, el disfrute del beneficio podrá extenderse hasta los dieciocho años. En casos especiales, podrán considerarse también como dependientes, a personas adultas cuya presencia permanente en el hogar resulta indispensable para los fines de la atención y orientación del grupo familiar.

#### *4.3 Otros*

Aquellas personas comprendidas entre los 45 y los 65 años de edad, que por su deterioro físico o mental, o por otras razones bien fundamentadas, se les imposibilita incorporarse a un trabajo bien remunerado y su condición socio-económica les impida satisfacer sus necesidades básicas de subsistencia.

Adicional a la pensión, las personas cubiertas por este régimen tendrán derecho a recibir todos los beneficios que se otorgan a la población cubierta por el seguro de Enfermedad y Maternidad que administra la Caja.

También tendrán derecho al pago, en el mes de diciembre, de una mensualidad adicional. Los recursos financieros del régimen No Contributivo de Pensiones están constituidos por el 20% de los ingresos totales del fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, conforme se dispone en el artículo 4 de la Ley No.5662, del 23 de diciembre de 1974.

Según la misma disposición, con el producto de esos ingresos, la Caja debe constituir un fondo especial y denominado "Fondo régimen no contributivo de pensiones y otros beneficios", contra el cual hará recaer los pagos por concepto de pensión y demás beneficios que se otorgan de conformidad con su reglamento, así como el reembolso del costo en que Caja incurra por administrar el régimen.

## 5. COBERTURA DE NUEVOS GRUPOS DE ASEGURADOS

La población rural costarricense se ha visto beneficiada con la extensión de los seguros a través de las diferentes prestaciones médicas, gracias a los convenios suscritos con sindicatos y organizaciones campesinas de las diferentes ramas y actividades agrícolas.

En 1987 se contaba con 135 convenios, los cuales beneficiaban a más de 39 mil personas, de las cuales, más de 5 mil pertenecen al convenio con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR).

Además, se registraron 103 convenios con sindicatos y organizaciones campesinas, los cuales benefician a más de 33 mil personas.

### CONVENIOS DE EXTENSION DE LOS SERVICIOS (a diciembre de 1987)

Total de convenios suscritos .....	135
Total de beneficiarios .....	39.800
Total de convenios suscritos con cooperativas, sindicatos y organizaciones campesinas .....	103
Total de beneficiarios .....	33.009
Del total de convenios suscritos, la Caja Costarricense de Seguro Social	

ha asumido el 76.3% con organizaciones campesinas, con los que proporciona protección al 83% de los trabajadores.

FUENTE: Caja Costarricense de Seguro Social, Unidad de Planificación Médica.

## **FINANCIAMIENTO**

### **1. ASPECTOS GENERALES**

A partir de 1970, ha habido un propósito político claro y bien establecido que permitió invertir en forma constante, una proporción del producto nacional bruto (PNB), tan alta como el 9% y orientar la prestación de los servicios médicos a través de la medicina institucional de la seguridad social y las acciones preventivas del Ministerio de Salud, principalmente a la población rural costarricense.

Los resultados fueron extraordinarios y en ese período se consolidó todo un sistema estructurado como respuesta a una definición política, mediante el traspaso de hospitales al Sistema de Seguridad Social.

Es necesario señalar que, si bien frecuentemente la información oficial muestra una inversión en salud, equivalente al 7% del producto interno bruto, ello se debe a que no se toman en cuenta los gastos con cargo a los presupuestos del Instituto de Acueductos y Alcantarillados (A y A) y del Instituto Nacional de Seguros (INS), que suman el 2% restante.

Lo anterior, obligó a la institución a cubrir financieramente la mejora de los establecimientos, absorber los costos laborales de los trabajadores del sistema hospitalario traspasado, las mejoras de las plantas físicas, de los equipos y el incremento de los recursos humanos, que fue necesario realizar para incorporar las unidades que pertenecían a las juntas de protección social a la Caja Costarricense de Seguro Social.

En 1979 se inició la crisis económica mundial, con severas repercusiones institucionales. En tres años la Caja perdió el 60% de la capacidad adquisitiva, que sólo pudo recuperar con medidas organizativas siete años después.

En 1982 la Caja estableció un programa para impedir que siguiera aumentando el deterioro económico, con el cual se buscaba mejorar los ingresos, disminuir sus gastos y aumentar la eficiencia operativa.

## **2. FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

El Ministerio de Salud obtenía su financiamiento de dos fuentes diversas: por impuestos específicos creados especialmente para el mantenimiento de los hospitales, junto con el producto de la lotería nacional, y por la subvención del Estado, que en el momento del traspaso constituía el 40% de los ingresos.

Conforme se produjo el traspaso de los hospitales junto con las rentas propias (lotería nacional, impuestos sobre consumo, ruedo y cheques bancarios, timbre hospitalario del Patronato de Rehabilitación, venta de derechos y servicios, donaciones), según Ley No.5349 de septiembre de 1973, el Ministerio de Salud fue disminuyendo su presupuesto en gastos asistenciales; a su vez, la Caja Costarricense de Seguro Social lo fue incrementando.

En 1982 la Caja estableció un programa para impedir que siguiera aumentando el deterioro económico, con el cual se buscaba mejorar los ingresos, disminuir sus gastos y aumentar la eficiencia operativa.

## 2. FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El Ministerio de Salud obtenía su financiamiento de dos fuentes diversas: por impuestos específicos creados especialmente para el mantenimiento de los hospitales, junto con el producto de la lotería nacional, y por la subvención del Estado, que en el momento del traspaso constituía el 40% de los ingresos.

Conforme se produjo el traspaso de los hospitales junto con las rentas propias (lotería nacional, impuestos sobre consumo, ruedo y cheques bancarios, timbre hospitalario del Patronato de Rehabilitación, venta de derechos y servicios, donaciones), según Ley No.5349 de septiembre de 1973, el Ministerio de Salud fue disminuyendo su presupuesto en gastos asistenciales; a su vez, la Caja Costarricense de Seguro Social lo fue incrementando.

### 2.1 *Financiación pluralista*

Los ingresos para financiar los regímenes obligatorios de la seguridad social tienen, en términos generales, el mismo origen: los trabajadores, los patronos y el Estado (contribución tripartita), siendo el elemento diferenciador la distribución real de las aportaciones, según lo establecido en el artículo 22 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

El detalle de esas cotizaciones es el siguiente:

	Enfermedad y Maternidad	Invalidez, Vejez y Muerte
Trabajador	5.50%	2.50%
Patrono	9.25%	4.75%
Estado	1.25%	0.25%

La Caja Costarricense de Seguro Social tiene otros ingresos provenientes

de la atención médica a los pensionados, como venta de servicios; la cuota de los sistemas de cobertura a los asegurados independientes y el pago que debe hacer el Estado por la atención de los indigentes, así como otros ingresos por fuentes especiales (lotería nacional, timbre hospitalario, etc.)

Si se refiere el gasto del sector salud al Producto Interno Bruto del país, se observa que es significativamente elevado. Cuando en 1970 se inició esta política de universalización, había un gasto de 5.2% del PIB, que fue paulatinamente ganando importancia hasta llegar a un 7% en el año 1986.

Sin embargo, los países del orbe latinoamericano han tenido que soportar serias dificultades, principalmente por las fuertes lesiones que producen en sus estructuras económicas, el deterioro que en términos de intercambio se han visto obligados a afrontar, así como por el alza en los costos de los productos de importación provenientes de los países industrializados y la baja cotización de los productos de exportación en esos países.

La crisis económica que ha afectado al país desde comienzos de los años ochenta, agudizada en el segundo semestre de 1981 y en todo 1982, produjo serias dificultades financieras al Seguro de Enfermedad y Maternidad por su condición de régimen de reparto que, como tal debe resolver casi de inmediato, convertidos en servicios médico-hospitalarios y en otras prestaciones en dinero, los ingresos recibidos.

## *2.2 El período de nivelación*

A partir de 1982 también el país inicia todo un programa económico, dirigido por el Gobierno Central, para nivelar y corregir el desastre. Es así como en forma conjunta, los resultados de los excedentes de ejercicios y el crecimiento de la masa salarial en el Seguro de Enfermedad y Maternidad, permitieron su recuperación en 1988, a niveles económicos similares a los observados 10 años atrás. Pero para entonces, nuestra población había crecido prácticamente en un 30%.

Es importante destacar que estos excedentes de ejercicio registrados durante el período 1983-1986 se destinaron a cancelar las deudas que el Seguro de Enfermedad y Maternidad había acumulado con el Seguro de

Invalidez, Vejez y Muerte y otras instituciones del Estado, como el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), el Banco Popular y de Desarrollo Comunal y el Fondo de Desarrollo Social de Asignaciones Familiares, además de un importante saneamiento del crédito con proveedores externos.

Por otra parte, los ingresos del régimen de Invalidez, Vejez y Muerte también se afectaron. Estos muestran el comportamiento tanto en términos corrientes, como constantes. Es precisamente en este último que se observa la caída de los ingresos y su capacidad adquisitiva entre el período de 1979 y 1982. Los ingresos disminuyeron a tal grado que se perdieron 10 años de capitalización de sus reservas, mientras se triplicaba el número de pensionados, crecía el valor de las pensiones en curso de pago y maduraban los derechos de los cotizantes.

El programa de emergencia para la recuperación financiera que se aplicó a partir de 1982, permite también la recuperación de las finanzas del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte. Factores contribuyentes adicionales tales como la disminución del proceso inflacionario que enfrentaba la economía nacional y una política agresiva en el campo de las inversiones, que realizó la institución, produjo un incremento en el porcentaje de rentabilidad del capital invertido.

Aunque es evidente la recuperación de las finanzas del régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, a pesar de haber seguido una política encaminada a mantener el poder adquisitivo, se ha afectado significativamente. Además, la existencia de 19 regímenes financiados por el presupuesto nacional, de los cuales 9 no son contributivos y los restantes son deficitarios, y que ninguno de ellos tiene estudio actuarial que le regule en su funcionamiento, hace que la Caja Costarricense de Seguro Social tenga que evaluar las políticas vigentes; logra así una mayor estabilidad y adecuada administración de su régimen de pensiones, que permite enfrentarse a tan cambiante desarrollo económico y social y puede satisfacer tanto las necesidades como los derechos de sus futuros beneficiarios.



## CUADRO No. 1

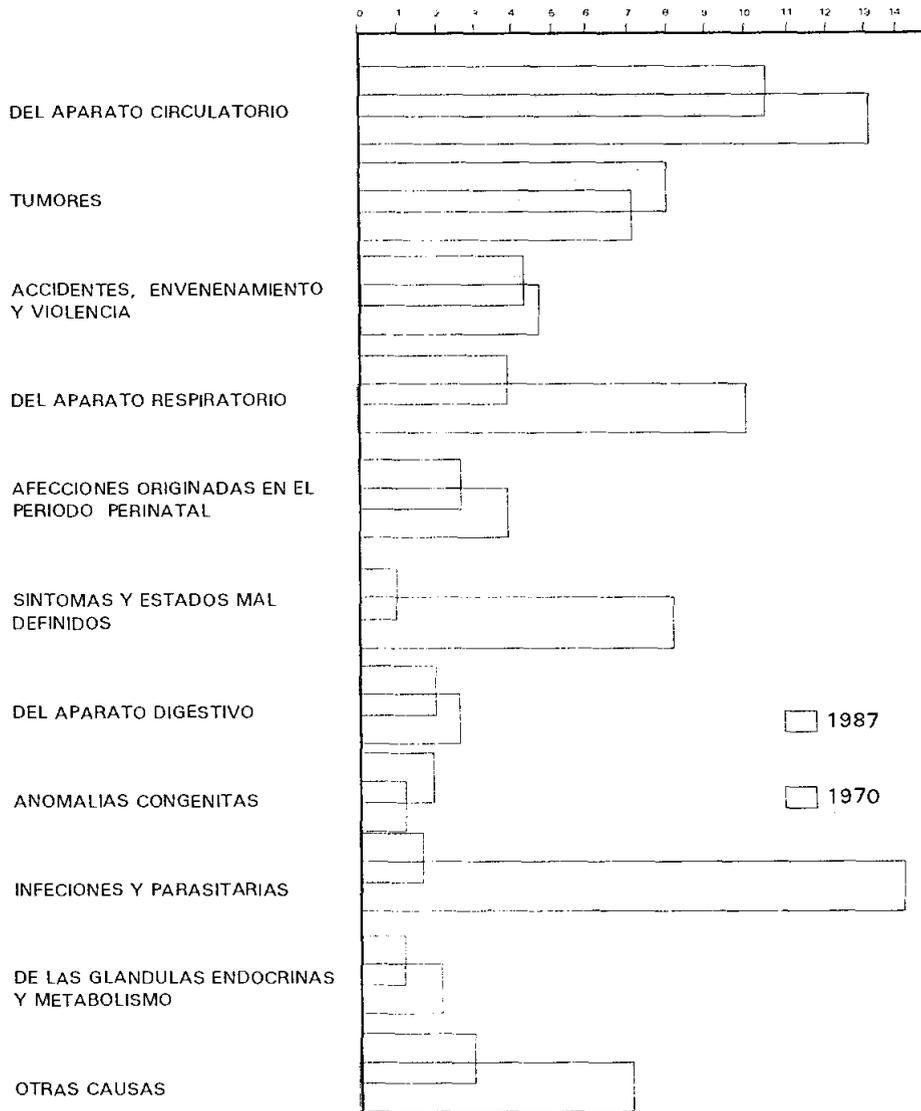
## MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSAS

(tasas por 10.000 habitantes)  
COSTA RICA: 1970-1987

GRUPOS DE CAUSAS	1970		1987	
	TASA	O.I.	TASA	O.I.
Total	-	-	-	-
Del aparato circulatorio	12.9	2	10.0	1
Tumores	6.6	5	8.0	2
Accidentes, envenenamiento y violencias	4.4	6	4.0	3
Del aparato respiratorio	9.1	3	4.0	4
Afecciones originadas en el periodo perinatal	3.7	7	2.0	5
Síntomas y estados mal definidos	7.3	4	1.0	9
Del aparato digestivo	2.5	8	2.0	6
Anomalías congénitas	1.0	10	2.0	7
Infecciones y parasitarias.	13.6	1	1.0	8
De las glándulas endocrinas y metabolismo	1.6	9	1.0	10
Otras causas	7.3	-	2.7	-

**GRAFICO No. 1**

MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSAS  
COSTA RICA: (1970-1987)



**CUADRO No. 2**  
**DISTRIBUCION DE FAMILIAS CON BAJOS**  
**INGRESOS Y POR URBANO Y RURAL**  
**1980-1985**

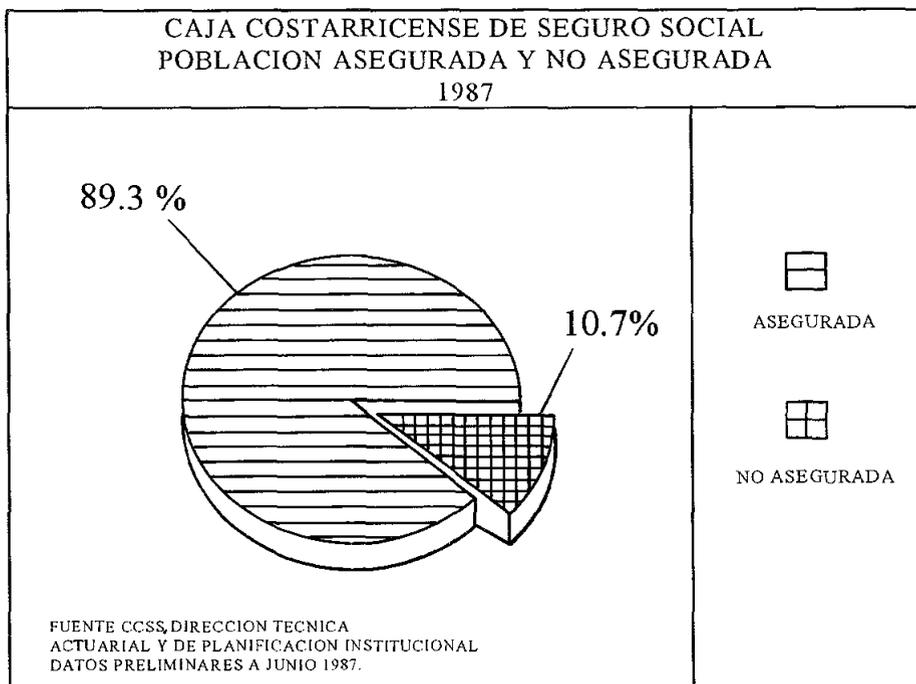
AÑO	TOTAL PAIS		URBANO %	RURAL %
	ABSOLUTO	%		
1980	146.135	39.0	23.1	54.0
1981	190.052	50.4	36.1	64.2
1982	230.189	59.6	48.4	69.2
1983	205.255	49.2	41.4	60.6
1984	174.591	42.3	36.6	54.6
1985	156.818	36.7	25.4	49.0

Según metodología propuesta por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) no incluye los ignorados.

Datos estimados al mes de julio por interpolación de marzo y noviembre.

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos.  
Encuestas de Hogares de Empleo y Desempleo a julio de cada año.

GRAFICO No. 2



## CUADRO No. 3

**COBERTURA PROGRAMA DE SALUD RURAL**  
**MINISTERIO DE SALUD**  
**1973 - 1988**

AÑO	POBLACION RURAL (1)	POBLACION CUBIERTA	PORCENTAJE COBERTURA	LOCALIDADES ATENDIDAS	VIVIENDAS ATENDIDAS	PUESTOS DE SALUD
1973 (2)	955,065	115.000	11,16%	800	30.000	50
1974	971,920	200.000	19,07%	1.250	46.800	78
1975	992,557	360.000	33,62%	2.240	84.000	140
1976	1,015,487	490.000	44,72%	3.104	116.400	194
1977	1,039,943	650.000	57,93%	3.750	144.000	251
1978	1,065,442	690.000	60,03%	3.680	152.500	268
1979	1,091,517	717.500	60,93%	4.018	160.970	287
1980	1,117,710	717.500	59,50%	4.018	160.976	293
1981	1,144,213	640.934	51,92%	3.050	156.758	294
1982	1,171,307	722.776	57,19%	3.888	174.658	294
1983	1,198,667	777.099	60,09%	4.008	185.423	301
1984	1,224,876	812.378	61,47%	4.065	194.755	305
1985	1,252,935	834.463	61,73%	4.163	201.176	318
1986	1,279,749	836.901	60,61%	4.174	201.676	322
1987	1,520,895	859.140	60,95%	4,272	206,028	344
1988 (3)	1,520,895	932.686	64,63%	4,966	236,840	393

(1) POBLACION RURAL CALCULADA EN BASE A LA 2DA. EVALUACION CENSAL DE CELADE.

(2) AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA

ESTOS DATOS NO INCLUYEN LAS AREAS CUBIERTAS POR EL PROGRAMA DE SALUD RURAL DE SAN RAMON.

(3) ESTE DATO INCLUYE TODAS LAS AREAS DEL PAIS.

FUENTE                    DATOS BASICOS Y BALANCES, PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA,  
 COMISION SUBSISTEMA DE INFORMACION  
 OFICINA SECTORIAL DE PLANIFICACION, MINISTERIO DE SALUD,

## CUADRO No. 4

**COBERTURA PROGRAMA DE SALUD COMUNITARIA  
MINISTERIO DE SALUD  
1976 - 1987**

AÑO	POBLACION URBANA (2)	POBLACION CUBIERTA	PORCENTAJE COBERTURA	VIVIENDAS ATENDIDAS	No. DE AREAS DE TRABAJO
1976 (1)	843.730	84.018	9.95%	16.030	18
1977	876.568	195.000	22.25%	35.100	78
1978	911.044	317.500	34.85%	98.600	205
1979	946.802	600.000	63.37%	124.245	240
1980	983.475	538.542	54.76%	104.854	216
1981	1.021.258	527.651	51.67%	129.245	224
1982	1.060.428	462.012	43.57%	111.091	219
1983	1.100.729	439.313	39.91%	106.629	217
1984	1.143.178	486.751	42.58%	115.439	225
1985	1.183.649	550.651	46.52%	136.971	267
1986	1.226.198	605.963	49.42%	147.971	289
1987	1.269.739	602.269	47.43%	146.094	281

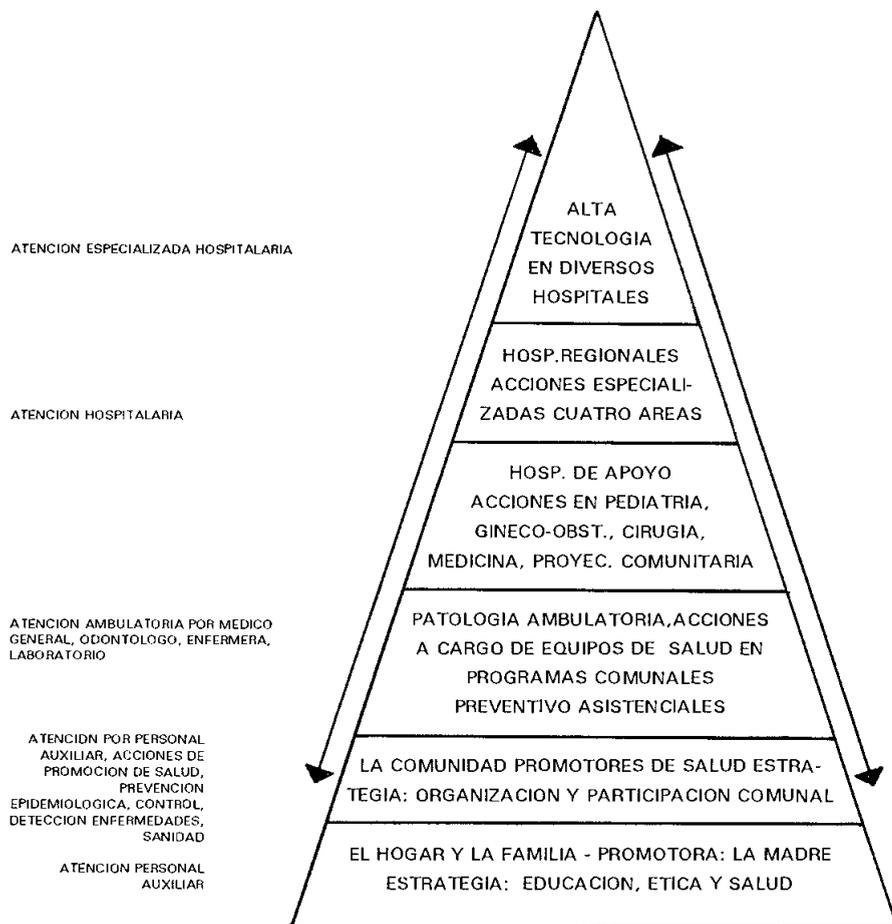
(1) INICIO DEL PROGRAMA

(2) LAS POBLACIONES FUERON CALCULADAS DE ACUERDO CON LA 2DA. EVALUACION CENSAL DE CELADE. EL INOICE DE URBANISMO SE CALCULO EN BASE A LA D INTERCENSAL DE URBANISMO

FUENTE                    DATOS BASICOS Y BALANCES, PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA.  
COMISION SUBSISTEMA DE INFORMACION  
OFICINA SECTORIAL DE PLANIFICACION, MINISTERIO DE SALUD,

**GRAFICO No. 3**

**SISTEMA PIRAMIDAL DE LOS NIVELES DE ATENCION DE LA SALUD  
MINISTERIO DE LA SALUD - C.C.S.S.**



MINISTERIO DE SALUD _____	7,447
C. C. S. S. _____	21,000
TOTAL _____	28,447
POBLACION	
DE COSTA RICA _____	2,647,980
PROVINCIAS _____	7
CANTONES _____	81
DISTRITOS _____	422

EMPLEADOS  
EMPLEADOS  
EMPLEADOS  
  
HABITANTES



## INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

Instituto Nacional de Seguros

### RESEÑA HISTORICA

El Instituto Nacional de Seguros es una de las más antiguas entidades autónomas estatales. En su creación tomaron parte algunos de los estadistas más connotados del país, entre ellos el Lic. Ricardo Jiménez Oreamuno tres veces Presidente de la república y el Lic. Tomás Soley Guell, Secretario de Hacienda y Comercio en su tercera administración (1924-1928).

Desde que asumió esa Cartera, Don Tomás Soley se empeñó en trasladar al Estado el dominio de los seguros comerciales que estaban en manos de compañías extranjeras, más preocupadas por su afán de lucro que por el progreso económico y social de la nación.

Varias motivaiones lo llevaron a ese razonamiento. En primer término, le preocupaba mucho el hecho de que los seguros son un instrumento poderoso de ahorro y capitalización. En manos de empresas foráneas, como estaban, los beneficios de la explotación comercial de los seguros se iban para las casas matrices de las grandes compañías extranjeras aseguradoras, en lugar de invertirse en el propio país. En segundo lugar, entendió bien que una institución estatal que administrara esos seguros podría convertirse en una poderosa palanca para impulsar el desarrollo económico y social de nuestra Costa Rica.

También pesó mucho en su ánimo la circunstancia de que las compañías aseguradoras extranjeras que operaban en el país, no mostraban interés alguno en asumir los RIESGOS DE LOS SEGUROS SOCIALES, para quedarse solamente con los llamados seguros comerciales. Precisamente muy pocos años antes de que don Tomás Soley asumiera el despacho de Hacienda y Comercio, el Congreso Constitucional creó el primer Seguro Social de nuestra historia -el Seguro de Reparación contra Accidentes de Trabajo-. La situación se resolvió con la creación del Instituto Nacional de Seguros, al que se le encomendó la administración del

Seguro de Riesgos Profesionales. Preocupado por esas circunstancias, el Lic. Soley Guell redactó la Ley de Seguros que el Presidente Jiménez Oreamuno envió al Congreso Constitucional. Esta ley clara y precisa refleja el pensamiento de su autor, quien la defendió en polémicas memorables en la prensa nacional y en el recinto parlamentario, con el apoyo del Lic. Ricardo Jiménez Oreamuno, a pesar de no ser partidario de la intervención del Estado en la economía.

El proyecto de esta ley tuvo una tramitación muy cuidadosa en el Congreso Constitucional que culminó en el plenario el 24 de octubre de 1924, convirtiéndose en Ley de la República, una vez que el Presidente Jimenez Oreamuno le puso el “ejecútese” correspondiente y se publicó en la Gaceta.

Conforme con esta ley, se otorgó al Estado el Monopolio de los seguros cuya administración se encomendó a una naciente institución, el BANCO NACIONAL DE SEGUROS.

En 1948 cambió el nombre para adoptar el de INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS, más acorde con sus funciones específicas. Desde su creación el Instituto ha tenido una permanente trayectoria de crecimiento y expansión con lo que ha logrado convertirse en una de las más sólidas y vigorosas instituciones estatales. En el ámbito internacional debe anotarse que el Instituto ocupa un lugar prominente entre las compañías aseguradoras de América Latina.

El Instituto Nacional de Seguros brinda hoy en día protección en todas las líneas de seguros que ofrece el mercado internacional y sus condiciones de aseguramiento son también las usuales en este mercado.

Al 31 de diciembre de 1992 la Institución contaba con 2.301 empleados.

## **LOS RIESGOS PROFESIONALES EN COSTA RICA**

"El trabajo es un deber social y gozará de la especial protección de las leyes, con el objeto de que su cumplimiento dé al individuo derecho a una existencia digna y acorde con sus esfuerzos y aptitudes".

(Artículo 52 de la Constitución Política)

### **PRIMER CICLO HISTÓRICO: TENTATIVAS HACIA EL SEGURO DE ACCIDENTES DEL TRABAJO.**

Las transformaciones económicas de la Europa Medioeval, el paso a la actividad manufacturera y el resurgimiento de la Revolución Industrial, transformando el concepto de "trabajo", había sentado las sólidas bases de una nueva era laboral. Quedaban enmarcados, ahí, cambios fundamentales en el mundo de las relaciones laborales que, sin duda, habrían de sentar su influencia en nuestro país.

Una somera revisión histórica pone de relieve que la lucha por las compensaciones en los casos de riesgos profesionales es notablemente interesante. Quizá el punto de arranque pueda cifrarse en noviembre de 1868, cuando La Gaceta del día 9 informaba que: "...desde un tiempo a esta parte se está formando aquí una asociación de artesanos con el objeto de establecer una caja de socorros".

Ello indica que se intentaba buscar, en la forma de asociaciones de socorros mutuos, el amparo necesario para las contingencias de accidentes y enfermedades con base en los artesanos, por entonces la clase trabajadora de mayor unión y cohesión. Bajo ese punto de vista inicial, el último tercio del pasado siglo muestra ciertos hechos fundamentales.

El 13 de enero de 1874 surge la primera asociación de artesanos que ha existido en el país, la "Asociación de Artesanos en San José", cuyo nacimiento marca un hito en la historia social de Costa Rica. Se creó bajo el binomio protector de don Tomás Guardia y el Presbítero Francisco Calvo. Sin embargo, el amparo presidencial, más con fines políticos que con ideas de prevención social, no bastaba en cuanto a la protección de esta clase de sociedades de socorros mutuos. Los artesanos, como parte

de la clase obrera, lograron constituir un modesto capital y durante la formación y desarrollo del grupo pudieron apreciarse algunas facetas del trabajador costarricense, reacio al espíritu de asociación, a pagar cuotas y un tanto ausente del sentido de cooperación.

Monseñor Bernardo Augusto Thiel (1880-1901) toma parte en ese despertar social con su "Carta Pastoral sobre el Justo Salario".

Por otra parte, en 1888 toma vigencia el Código Civil, estableciendo como base de responsabilidad, en el caso de accidentes de trabajo, la culpa del derecho romano, la culpa "aquiliana", exigencia legal de culpabilidad.

Pero el mundo económico, habiendo transformado sus medios de producción, agrupó hombres que antes trabajaban en forma desordenada, constituyó fuerzas y factores económicos y de tales hechos surgió, naturalmente, una nueva situación, con sus dificultades y problemas propios. Se pretendió condenar esa situación enmarcándola, por decirlo así, dentro de los preceptos de la culpa "aquiliana", se exigía la culpa del patrono para dar base a la responsabilidad.

Claro está que para llegar a la doctrina moderna del riesgo social, hubo lucha entre sus escuelas, hubo evolución lenta de las ideas, evolución que también se observa en la legislación de las naciones, para, finalmente, triunfar definitivamente las del riesgo socio-laboral. Antes de llegar a establecer el riesgo profesional como base fundamental, en materia de accidentes, de la responsabilidad patronal, se pasó de la culpa romana a la culpa contractual, o por la intervención de la prueba, es decir, no era el trabajador quien tenía que probar la culpa del patrono, sino que era éste el que debía demostrar que no había sido culpable ni negligente en la distribución y organización del trabajo. En este sentido, Costa Rica habría de incorporar, en 1902, la reforma correspondiente al Código Civil.

En ese orden de hechos, transcurrió el tercio final del siglo durante el cual, mientras otros países fijaban amplias y precisas normas en la tutela del trabajo y de la existencia y bienestar del factor laboral, se habían constituido, en Costa Rica, en una lucha para vencer la resistencia liberal de quienes tenían las riendas del poder, lucha que, lamentablemente,

tendría prolongación hasta finalizar el primer cuarto del siglo actual. En el entretanto, proliferan las sociedades de socorros mutuos, pero siempre formadas por grupos de trabajadores, o bien por sujetos pertenecientes a la clase media, como lo fue, por ejemplo, la Sociedad Costarricense de Seguros de Vida, fundada en 1896.

Es así como en el curso de la primera década del siglo XX aparecen los primeros intentos concretos, en verdad tan esforzados como fracasados, para que se ofreciera protección frente a los accidentes relacionados con el trabajo. El 26 de junio de 1907, el entonces diputado Lic. Enrique Pinto Fernández presenta al Congreso un proyecto de ley de accidentes del trabajo constituido por 16 artículos. Pese a su naturaleza limitada, el proyecto no tuvo éxito, permaneciendo en estudio del Congreso hasta el año de 1909.

Pareciera interesante especular, aún a tan largo plazo, sobre las causas del fracaso del proyecto. ¿Falta de apoyo del entonces Presidente, don Cleto González Víquez? ¿Ausencia de exposición de motivos? ¿Porque la plutocracia quedó impresionada con el Artículo 1o. que, tras recoger la tesis del riesgo profesional, anotaba en su parte final: "Esta indemnización corre a cargo del jefe o dueño del establecimiento, cualquiera que haya sido la causa del accidente, , salvo que la víctima lo haya ocasionado intencionalmente o se encuentre en estado de embriaguez"? ¿O fue porque los artículos 2 a 5 hablaban de indemnizaciones, incapacidades temporales, parciales o totales?

Los historiadores señalan, al parecer con justo criterio, que Pinto Fernández y quienes se prestaron a ayudarlo en su justa lucha, debieron comprender que una ley sobre accidentes del trabajo no podría prosperar si no era objetivo principal del Poder Ejecutivo. Y, a un lado la influencia que en ello pudieran haber tenido los acontecimientos naturales de 1908 en el Tesoro Público, dentro de las miras del Presidente González Víquez, no había ni un poco de política social. Y eso sí lo sabía perfectamente la plutocracia, entre quienes había causado cierta incertidumbre la solución financiera (Articulado del 6o. al 16o) en base a cajas cooperativas de socorros.

Pero el principio de avanzada que utilizó Pinto fue el concebir que esas sociedades mutuas podrían ser desarrolladas por las Municipalidades. Este es el primer síndrome que se ha presentado en Costa Rica para la estatización de tal materia. debe reconocércele, también, la apertura de un ciclo inicial que expresa aspiraciones laborales bajo un nuevo derecho y una nueva política.

El 24 de mayo de 1910, la diputación de la provincia de Heredia, encabezada por el Lic. Alfredo González Flores y acuerpada por Juan Rafael Arias Bonilla y ranquilino Sáenz Rojas, presentaba al Congreso un proyecto de Ley para crear la "Caja de Previsión" con las siguientes atribuciones:

- a. Pagar, en casos de accidentes, pensiones a los previsores que sufrieran lesiones imposibilitantes para el trabajo.
- b. Asegurar, tanto a los empleados de la nación como a los "impositores particulares", pensiones vitalicias para la vejez.
- c. Satisfacer, al fallecimiento del previsor, a sus herederos o derechohabientes el saldo de la cuenta corriente con sus respectivos intereses.

En su articulado se contemplan, entre otras, dos normas de capital importancia: de un lado se facultaba a la Caja para otorgar seguros colectivos, por otro, la concepción estatal de la Caja de Previsión, dependiente de la Secretaría de Hacienda. Esto significa que, por primera vez desde el seno de un Poder Constitucional, un proyecto de ley encargaba al Estado la administración de los regímenes de invalidez, vejez, muerte, accidentes de trabajo y seguros colectivos de vida, es decir, que patrocinara la previsión social e interviniera, bajo cierta forma de monopolio, en los seguros de vida.

El proyecto de avanzada sorprendió a ciertos estratos sociales y se le preparó a la iniciativa un ambiente hostil. La comisión de Legislación encargada del dictamen no pudo menos que hacer elogios de las ideas regeneradoras, pero también supo nadar y guardar la ropa: "lejos de oponernos -decía- en principio a la idea brillantemente expuesta..., sin

embargo, la cristalización de esas ideas para reducirlas a la práctica ofrece dificultades..."

El punto medular en el criterio de la Comisión fue el no querer entender que "el pago de una cuota da derechos". Entendió, eso sí, que ello podría significar malestar dentro de los empleados públicos y su pérdida con fines electorales. El dictamen de la Comisión -integrada por Pedro Pérez Zeledón, Manuel Coto Fernández y Guillermo Mata Oreamuno-, dejaba tendida en el seno del Congreso, la Caja de Previsión el 22 de junio de 1910. El proyecto del terceto González-Arias-Sáenz, esencialmente socialista de defensa, que buscaba ese gran valor económico que se llama hombre y sin el cual no hay progresos ni adelantos, no pudo vencer la resistencia liberal del partido dominante ni la del Presidente Lic. Ricardo Jiménez Oreamuno.

A pesar del fracaso del proyecto de la Caja de Previsión y ante el fenómeno palpable de que al Gobierno no le importaba en absoluto que los accidentes de trabajo andaban al garete y sin ley, en el Congreso parecía mantenerse la idea de encontrarle salida a éste negociado. El 29 de junio de 1912, el Lic. Bernardo Benavidez Zumbado trató de solucionarlo mediante ciertas reformas al Código de Procedimientos Penales que sirvieran de complemento a lo que sobre accidentes de trabajo decía el Código Civil en sus Artículos 1045 al 1048.

Casi un año más tarde, el 16 de mayo de 1913, el diputado Alberto Vargas Calvo, presentaba otra propuesta de ley sobre accidentes del trabajo, utilizando la encíclica "De Rerum Novarum" para justificarla. El proyecto, con un texto de 30 artículos, lo distribuía en 4 capítulos: a) De los Accidentes de Trabajo, b) De la Prevención de Accidentes, c) Del Seguro sobre Accidentes del Trabajo y d) Disposiciones Generales.

En su contexto resaltaban dos aspectos importantes: pretendía la creación de un sistema de seguros como medio de auxilio a los patronos en el pago de sus obligaciones para con los trabajadores y, por otra parte, exigía que el seguro fuera obligatorio. Esto, indudablemente, afectaría a dos grandes grupos de intereses económicos, los cafetaleros y el emporio del banano.

Este proyecto de Vargas Calvo recibió los mejores elogios por parte de

la crítica periodística de entonces y de algunas agrupaciones obreras.

Sin embargo, todo fue flor de un día, como suele decirse. La verdad es que ese año de 1913 fue, esencialmente, de corte eminentemente político, así que durante todo el período el Congreso ni se ocupó del asunto. En consecuencia, quedó en el olvido.

Con todo, el tema era punto básico en sentido social y no resultaba fácil relegarlo. A un año plazo, en la sesión del 5 de mayo de 1914, el Lic. Luis Anderson Morúa presentaba nuevamente la admisión de otro proyecto de ley de accidentes del trabajo. Iniciativa que suscribían los licenciados Francisco Faerrón Suárez, José Joaquín Esquivel, Manuel J. Grillo, Aristides Agüero González, Arturo Volio Jiménez y Juan Alfaro Vargas.

Al contrario de la tesis anterior de Vargas Calvo, el Diputado Anderson sugería otorgar el seguro de accidentes de trabajo sólo a las ramas industrial y mecánica o, y en sentido facultativo, a las exportaciones puramente comerciales.

El primer disparo de advertencia lo lanzó con toda premeditación, el diputado José Joaquín Soto Alvarez, relacionándolo con el proyecto anterior de Vargas Calvo y el correspondiente informe que sobre éste había emitido el Lic. Claudio González Rucavado. Y este último actuando inteligentemente, en su dictamen durante esa misma sesión del 5 de mayo de 1914, sobre el proyecto de Vargas Calvo, consiguió sembrar dudas nadando entre dos aguas: aceptando parte del proyecto de Vargas y sugiriendo que se reconsiderase lo que, sobre aspectos de seguros, había dicho Enrique Pinto en su plan de 1907. Y el tiro de gracia a la discordia se lo daba el diputado Rafael Rodríguez Salas, llamando la atención del Congreso sobre el olvido en que se había dejado a los trabajadores del agro.

En la sesión del 9 de julio, Anderson Morúa refutó enérgicamente el dictamen de Comisión, porque se basaba, en especial, en el texto del de Vargas Calvo. Esto dio origen a que en una sesión posterior, el 13 de julio, se aprobara, por moción del mismo Anderson, que volviesen a estudio los tres proyectos mencionados y armonizar las tendencias de esas tres iniciativas.

El hecho constituía, sin lugar a dudas, un esfuerzo desesperado para la aprobación de una ley de Riesgos del Trabajo. Se designó una comisión integrada en equipo por el triunvirato Pinto, Vargas, Anderson, para que presentase un nuevo proyecto en 1915, bajo la presidencia de don Alfredo González Flores. Pero tampoco este proyecto, aunque aprobado en principio, logró el apoyo suficiente para salir airoso. Pudiera ser que la falla radicase en sus artículos específicos, pero tampoco la oposición permanecía quieta y callada. De ésto da fe una gacetilla que, desde "La Información", expresaba así su crítica:

"Esperamos ahora que los miembros de la nueva comisión, echando a un lado su amor propio de autores de los tres proyectos, manifestarán legalmente al Congreso que aún no ha llegado la hora de hacer ensayos socialistas a este joven país y que las leyes vigentes sobre la materia satisfacen plenamente las necesidades de la economía nacional".

Y sobre ese punto también merece anotarse un curioso e ingenuo alegato, emanado de un diputado opositor.

"Si el proyecto es aprobado, las consecuencias pueden ser peligrosas, por cuanto se paralizaría la industria y, en consecuencia, habría menos oportunidad de empleo..."

Los razonamientos no merecen comentario. Como remache, no hubo lucha social para la promulgación de una ley de accidentes del trabajo. Esta, en definitiva, no afectaba intereses económicos particulares, porque los trabajadores no eran dueños de los bienes de producción y mientras la ley no fuera un objetivo final del Poder Ejecutivo, la plutocracia seguiría manipulando su éxito.

Así, pues, abortado el proyecto, se extinguía con él ese primer ciclo histórico en tentativas, deteniéndose en esa forma cualquier propuesta de legislar en materia de Riesgos Profesionales.

## **SEGUNDO CICLO: LOS ALBORES DEL DESARROLLO SOCIO-LABORAL.**

Puede decirse, en justicia, que no fueron del todo vanos estos primeros pasos en aras de la protección y bienestar de la fuerza laboral, sino más bien un despertar hacia los albores del desarrollo del movimiento obrero en Costa Rica que enmarca la década de los años 20, en la que surgen hechos fundamentales.

Existía ya en 1920 lo que cabe considerar como el primer sindicato, la Confederación General de Trabajadores, aunque sin índice definido en tal sentido. Puede decirse que el primer paso positivo lo ofrece don Julio Acosta (período 1920-1924) al crear la "Subsecretaría de Higiene y Salud Pública", hecho que señala la primer participación del Estado en asuntos relativos a la Medicina Preventiva. En ese orden de acciones, la primera Institución extranjera más importante antes de 1923 en cuanto a la participación en asuntos de Medicina Preventiva, era la Fundación Rockefeller, que llegó a Costa Rica a organizar programas de sanidad y salud pública.

El año de 1923 señala también la fundación del Partido Reformista, con Jorge Volio como candidato al siguiente año. Y precisamente en 1924, don Jorge Volio preparó un programa electoral en el que exigía reformas sociales, políticas y educativas. En el campo social auspiciaba una reforma agraria, la colonización agrícola, un programa de vivienda digna para los pobres y determinadas garantías laborales, entre las que se contemplaban los riesgos profesionales. Al ciclo de intentos había seguido una década de ostracismo que terminaría por un triunfo definitivo en el orden socio-laboral con el programa de Volio.

El éxito de este proyecto de 1924 se debió, fundamentalmente, a tres factores:

1. Contaba con el apoyo del Presidente, un prestigioso y respetado líder costarricense.
2. El Congreso, en principio, tampoco se opuso a la reforma.

3. Como factor de mayor importancia, hubo presión organizada de masas en pro de dicha reforma.

Sin duda alguna, el estilo político de Jorge Volio, explosivo e impredecible, hizo indispensable la aprobación de la reforma, si se quería evitar el surgimiento de un conflicto generalizado. Pero, si bien Volio tuvo éxito al lograr la atención sobre algunas de sus exigencias, la verdad es que ese éxito fue apenas parcial. Pese a la naturaleza predominantemente rural del país, el Artículo 12 del proyecto resultó muy controversial, al establecer que los trabajadores agrícolas no serían protegidos por la ley. De ahí que el debate se centrara sobre el punto clave de “quien” debía ser el sujeto de la política social.

En el tanto que los diputados estaban a favor de la ley, ese “quien” se convirtió en el punto de mayor importancia durante el extenso debate sobre la Ley de Accidentes de Trabajo, que duró desde mayo de 1924 hasta enero de 1925 y fue, probablemente, uno de los debates políticos más amplios y reveladores en lo que a la cuestión social costarricense se refiere.

Volio no sólo luchó contra la versión limitada de la ley, sino que fue más lejos al proclamar que para garantizar la protección del trabajador debía establecerse un monopolio estatal sobre los seguros.

La lógica expositiva de tal argumento resultó tan convincente que el debate sobre los límites de protección de la ley de accidentes del trabajo se suspendió, a fin de que el Gobierno elaborara un proyecto según el cual todos los seguros serían monopolizados por el Estado bajo la administración de un Banco Nacional de Seguros. Respaldado por don Ricardo Jiménez y por su respetado Ministro de Hacienda, don Tomás Soley Güell, la ley encontraba ambiente favorable en el Congreso para un apoyo unánime.

Al reanudarse el debate sobre los límites de cobertura habrían de surgir dos puntos de vista contrapuestos. Uno, cuyos proponentes eran Jorge Volio y Víctor Trejos Castro, pretendía extender la protección, de inmediato, a todos los trabajadores costarricenses. Volio criticaba acertadamente la propuesta del Presidente Jiménez, por cuanto era injusta con los trabajadores rurales, quienes constituían el 95% de la

fuerza total de trabajo, razón por la que pedía igual tratamiento para los trabajadores urbanos y rurales.

La argumentación de Trejos era de tipo más secundario: pragmáticamente sugería la conveniencia de que el Estado proveyera de igual protección a trabajadores urbanos y rurales, porque, argumentaba:

"Constituido así, el interés del Estado es de que aumente el número de asegurados, porque mayor cuanto sea ese número de protegidos, menor será el riesgo financiero al que se vea expuesta la nación".

Complementaba su argumentación enunciando que sería muy riesgoso asegurar únicamente a los trabajadores urbanos, porque en este caso el riesgo sería tal que el naciente monopolio de seguros no podría hacer frente a sus obligaciones financieras.

Quienes, por otra parte, favorecían la protección limitada eran acaudillados por Ricardo Jiménez, Manuel Castro Quesada y León Cortés (futuro Presidente). El enfoque cauteloso y limitado del Presidente queda sencillamente ilustrado en la conocida respuesta que diera a los partidarios de la cobertura ilimitada:

"Lo muy bueno es el peor enemigo de lo bueno".

Castro Quesada, entonces Ministro de Gobernación, alegó que los trabajadores agrícolas quedaban excluidos "intencionalmente" por temor a que su inclusión causara serio peligro al sector agrícola, es decir, el sector cafetalero.

Y en cuanto a León Cortés, se mostró un tanto excéptico respecto a las posibilidades de hacer cumplir una ley de largo alcance, aplicable tanto al sector agrícola como al industrial. La aplicación limitada encontraría una aceptación mucho mayor entre quienes tenían que financiarla. Para Cortés, en definitiva, era preferible un éxito limitado a un fracaso total.

Pues bien, pese al creciente conocimiento de los debates del Congreso por parte del público y al definido apoyo obrero en favor de la aplicación ilimitada de la nueva ley, lo cierto es que se llegó a un entendimiento. El

compromiso es todo un precedente que se podría considerar como clásico en el campo de la solución de conflictos en Costa Rica. Consistió en que tanto los trabajadores urbanos como los industriales quedarían protegidos por la ley, pero quedaría a criterio del Ejecutivo la determinación del momento exacto en el cual el BANCO NACIONAL DE SEGUROS comenzaría cubrir a los trabajadores agrícolas. Esta facultad descrecional podría ejercerse mediante un “Reglamento Ejecutivo”, en el que el Poder Ejecutivo establecería las condiciones generales y la normativa en cuanto a la aplicación de la ley al sector protegido.

De esta manera, la responsabilidad sobre la fecha en que quedarían cubiertos los trabajadores agrícolas se dejaba en manos del Ejecutivo, mientras al Banco Nacional de Seguros se le asignaba fijar el momento a partir del cual entraría en vigencia la Ley de Riesgos relacionados con el trabajo.

El 31 de enero de 1925 se publica la Ley No.53 sobre “Reparación sobre Accidentes de Trabajo”, la cual posteriormente habría de relacionarse con el Código de Trabajo y finalmente actualizarse con la Ley de Riesgos del Trabajo.

En justicia, la naturaleza limitada de esa Ley de Accidentes de Trabajo no puede llevarnos a disminuir su importancia. Por primera vez, el viejo orden liberal le había ofrecido una política de importancia social a los trabajadores. Y, pese a los ideales políticos de quienes ostentaban el poder, también por vez primera una política social creativa se convertía en instrumento legítimo del Estado para el control del orden social. Definitivamente, se había dado un gran paso adelante.

### **TERCER CICLO: REFORMAS SOCIALES Y EL CODIGO DE TRABAJO**

Tras 18 años de aplicación y numerosas reformas, se evidenció que esa ley resultaba sumamente defectuosa, no sólo por sus vacíos, sino también por su ambiguo lenguaje y la imprecisión de conceptos. De ahí que, en 1942, el Gobierno del Dr. Calderón Guardia por una parte y el Banco Nacional de Seguros por otra, bajo la Gerencia de don Andrés Brenes, encargase la revisión y actualización de dicha ley a dos destacados

juristas nacionales, Oscar Barahona Streber y Harry Zurcher Acuña.

En el proyecto de reformas presentado tras el estudio, resalta el cambio nominativo de "Accidentes del Trabajo", por el de "Riesgos Profesionales", que los autores justifican doblemente por cuanto los accidentes de trabajo no son más que un aspecto de los riesgos profesionales, nombre genérico que comprende también a las enfermedades ocupacionales o, y porque la teoría jurídica en que se hizo descansar la legislación era, precisamente, la Teoría del Riesgo Profesional.

La intención y finalidad del encargo gubernamental quedan fielmente reflejadas en uno de los párrafos del Mensaje que dirigió al Congreso el Presidente de la República, Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, el 12 de abril de 1943, al someter a la deliberación de ese Alto Cuerpo el proyecto del Código de Trabajo:

"El Título Cuarto desenvuelve las ideas contenidas en el Artículo 60 de nuestro proyecto de reforma constitucional, puesto que fija cuáles son las condiciones que debe adoptar cada patrono en su empresa para garantizar la higiene y seguridad que exige el trabajo. Además, incorpora en su Capítulo Segundo, llamado "De los Riesgos Profesionales", toda la legislación vigente sobre accidentes del trabajo. Previa consulta con el Banco Nacional de Seguros y APROVECHANDO LA ENORME EXPERIENCIA ACUMULADA POR ESTA INSTITUCION EN MUCHOS AÑOS DE ADMINISTRAR CON ACIERTO LOS SEGUROS CONTRA RIESGOS PROFESIONALES, introdujimos en dicho Capítulo una serie de reformas e innovaciones que, sin duda alguna, ponen a Costa Rica a la par del más avanzado país de América en cuanto se refiere a las mencionadas disposiciones legales".

Indiscutiblemente, Costa Rica había entrado en el "progreso". La década se había iniciado pacífica e inocentemente. El candidato escogido había ganado las elecciones presidenciales con aplastante mayoría, pero cuando el Dr. Rafael Angel Calderón Guardia dejó el poder en 1944 se habían implementado reformas sociales de importancia a fin de resolver la "cuestión social".

a) El seguro social obligatorio (1941)

b) Establecimiento de las garantías sociales (1942)

c) Promulgación del Código de Trabajo (1943)

Una amplia visión retrospectiva a lo largo de todo un siglo, desde los primeros hechos hasta hoy, pasando a través de los primeros proyectos, la Ley de Accidentes del año 1925, el Código de Trabajo y la Ley de Riesgos Profesionales, muestra claramente que nuestros obreros y artesanos no lograron triunfos en las primeras décadas, con instituciones obreras modestas, de acuerdo con las dimensiones del medio y el desarrollo de nuestras actividades económicas. Antes de 1940 se palpan esfuerzos bien planeados en cuanto a la intervención estatal en la temática social costarricense. Puede afirmarse que la falta de interés obedeció a varios factores, el principal de los cuales fue el estilo político liberal no intervencionista, de “manos afuera”, que privaba en ese sentido. Cabe señalar, como dato curioso y coincidente, que la primera cooperativa de que se tiene conocimiento se fundó en 1923, con la denominación de Sociedad Cooperativa Constructora Germinal, integrada por miembros de la Asociación Nacional de Trabajadores con el sano propósito de construir viviendas para los asociados.

Empero, tarde o temprano, Costa Rica tendría que enfrentarse a la realidad. Así se observa, también, que cada etapa fue dejando huellas patentes de la ardua labor de personajes muy significativos en el campo socio laboral, habiéndose obtenido en cada una de ellas, aún dentro de las limitaciones del medio y de clara oposición política, logros de positivo beneficio, inclusive elaborados, como bien refleja el proyecto ley de don Jorge Volio, dentro de nuestro particular estilo de vida.

Toda una fructífera labor que se cierra el 9 de marzo de 1982, con la publicación de la Ley No. 6727 sobre los riesgos derivados del trabajo, modificando el Título Cuarto del Código de Trabajo, “De la Protección de los Trabajadores durante el Ejercicio del Trabajo” y vigente desde su publicación.

Esta fase final constituye lo que puede catalogarse como Cuarto Ciclo en la evolución de los riesgos laborales y el objeto de un análisis particular en el Capítulo siguiente.

## **CUARTO CICLO: MODIFICACION DEL TITULO CUARTO DEL CODIGO DE TRABAJO: “DE LA PROTECCION DE LOS TRABAJADORES DURANTE EL EJERCICIO DEL TRABAJO”.**

Nadie puede esperar establecer, de una vez para siempre, algo que vive, evoluciona y progresa....

### *Introducción*

El Instituto Nacional de Seguros, como empresa pública de servicio, desarrolla ramos de cobertura que tienen especial significación para la sociedad costarricense. Desde los propios orígenes de su historia, 1924-1925, los objetivos institucionales están ligados de manera estrecha al seguro de los riesgos profesionales, pues se argumentó con énfasis que una de las justificaciones del ente monopolístico y público que se creó hace casi sesenta años, era la de conferir atribuciones al Estado costarricense para tutelar a los trabajadores obedeciendo a principios de utilidad social.

Así, desde hace más de medio siglo, el Instituto, en forma paulatina, acumuló experiencia en materia de infortunios laborales. Este régimen tiene, como característica diferenciadora, una extraordinaria dependencia de la estructura jurídica, sobre la cual se fundamenta. La Ley de Reparaciones por Accidentes de Trabajo de 1925 y el Código de Trabajo de 1943 han sido los puntos de referencia a partir de los cuales se ha sustentado la gestión del Instituto Nacional de Seguros respecto a Riesgos Profesionales.

Este evidente nexo entre los marcos legales y la función de aseguramiento, impulsó al Instituto para ofrecer su experiencia en este campo y convertirla en un proyecto de ley que actualizara las disposiciones del Código e incorporara las nuevas concepciones vigentes en la seguridad social contemporánea. El carácter dinámico de la materia laboral, además, hacía urgente el cuestionamiento de las normas en vigor y su adecuación a las nuevas realidades socio-económicas. Desde otro punto de vista, también esta iniciativa es una toma de posición del Instituto, como agencia del Estado participante en el sistema nacional de seguridad social.

Un posterior grupo de estudio constituido en Comisión Especial, con aportes del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social e Instituto Nacional de Seguros, enriqueció el proyecto formulado por el Instituto, incorporando elementos y concepciones que, en suma, constituirán una mejor y más adecuada estructura jurídica en materia de Riesgos del Trabajo. Un cuerpo de normas que significan todo un avance en materia de seguridad social, pues sin provocar el desequilibrio económico del régimen, incorporan beneficios importantes en favor de la clase trabajadora costarricense, la cual, afectada por los riesgos del trabajo, encontraría la tutela de un régimen de previsión social mejor dispuesto, conforme a los principios que en la vida moderna gobiernan esta acción solidaria.

### *Síntesis de Modificaciones*

La normatividad que regula los Riesgos del Trabajo, constituye, intrínsecamente, un derecho dinámico, en constante evolución y cambio, de acuerdo con la realidad social, política, económica y laboral en cada país. Costa Rica no ha sido ajena a esta evolución. Más de cuarenta años después de promulgarse el Código de Trabajo, las condiciones económicas del país, las modernas corrientes sociales y la experiencia obtenida por el Instituto a lo largo de la administración del régimen, hacía indispensable la modificación de las disposiciones sobre los riesgos del trabajo. Se sentía tanto la necesidad de actualizar la legislación sobre los infortunios laborales cuanto la conveniencia de incorporar para todos los trabajadores las mejoras que administrativamente venía otorgando el Instituto Nacional de Seguros dentro del régimen de seguro contra Riesgos Profesionales.

Las reformas se inician con un cambio de nomenclatura a "riesgos del trabajo", que no es antojadiza, ni está fundada en la simple aspiración de modificar la existente. Obedece a sentidas necesidades expuestas claramente en doctrina, toda vez que la acepción "riesgos profesionales" es menos amplia o, y comprensiva y por ello restrictiva, que la denominación de riesgos del trabajo. El concepto de riesgos profesionales que contiene el Código de Trabajo refiere los infortunios al trabajador, sea quien por consecuencia o en ocasiones del trabajo que ejecuta sufre un accidente o una enfermedad, lo cual está totalmente acorde con el

fundamento doctrinal de la teoría del riesgo profesional.

Esta teoría del riesgo profesional establecía que cualquier trabajo es fuente de riesgos, por lo que no era necesario precisar la existencia de culpabilidad del patrono, sino que conceptuaba la responsabilidad sin culpa o riesgo creado.

Hoy en día esa tesis ha perdido trascendencia e importancia en el campo de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, en especial en cuanto a la fundamentación de los riesgos del trabajo, para dar paso a la teoría del riesgo social, con la que se viene a ampliar el campo de la responsabilidad en materia de los infortunios del trabajo, pasando a regirse por los principios que informan a esta materia -la seguridad social-, especialmente los que se relacionan con la solidaridad, la integralidad y la universalidad de la protección.

Se sostiene la tesis del patrono concebido como deudor de seguridad social, en el tanto en que actúa como intermediario de pago y se convierte en responsable cuando omita aportar las correspondientes cotizaciones para el régimen.

La responsabilidad, hoy, no se fundamenta en la peligrosidad potencial, mayor o menor, que resulta de una determinada profesión u oficio (riesgo profesional), sino en la subordinación jurídica que el contrato o relación de trabajo impone al trabajador con respecto al patrono, para formalizar el mecanismo o vínculo de recaudación o, y en la política que sobre seguridad social debe seguir el Estado, a partir de la concepción de este acto como un derecho inherente al ser humano.

En principio, la reparación de los riesgos del trabajo estuvo restringida exclusivamente a la atención médico-hospitalaria y quirúrgica del trabajador, pero la misma se ha ampliado hacia la rehabilitación física y laboral, que comprende las prácticas necesarias de readaptación y reubicación laboral del trabajador, mediante el establecimiento de los procesos continuos y coordinados de orientación y nueva formación laboral, así como su colocación selectiva.

La nueva ley contempla aspectos de trascendencia nacional, tales como, para señalar algunos:

- a) En esta Ley se contempla una importante modificación de principios al sustituir el criterio de responsabilidad patronal, por el concepto de responsabilidad social solidaria, interesan entonces la tutela de las contingencias sociales que con ocasión del trabajo se derivan para los trabajadores, en vez de señalar responsabilidades de tipo patronal y se parte de los principios generales que rigen la teoría moderna de Seguridad Social, tales como:  
Universalidad, integridad y solidaridad.
- b) Con esta nueva Ley, el trabajador que sufra de Infortunio Laboral, siempre está protegido, no importa que no esté asegurado, el INS le otorga todos los beneficios y luego se subroga contra el Patrono que no lo tenía asegurado.
- c) Rehabilitación física y laboral integral del trabajador; que en conjunto con el suministro de las prestaciones Médico Sanitarias, tiene como objetivo contemplar los procesos necesarios para la readaptación laboral.
- d) Se universaliza el Seguro contra Riesgos del Trabajo, contemplándose de manera especial el caso del Estado, Instituciones Públicas y Municipalidades.
- e) Se abre la oportunidad para que trabajadores que sufrieran un infortunio laboral y que hubieran quedado con una incapacidad total permanente, al ser reincorporados a los medios laborales tuvieran la oportunidad nuevamente de asegurarse.
- f) Se incluye dentro de esta nueva legislación un capítulo referente a la Salud Ocupacional, incluyendo la constitución de un Consejo de Salud Ocupacional, autónomo e interdependiente.
- g) Se actualizan las tablas de accidentes y enfermedades del trabajo y se crea una Junta Médico Calificadora de incapacidad para el trabajo con facultades para resolver en única instancia las diferencias de criterio que se presenten con los médicos del INS.
- h) Se le da un destino específico a los excedentes que resulten de

este régimen los cuales deben manejarse con un criterio de seguridad social y por tanto el 50% se dedicará a mejoras al propio régimen y el otro 50% se destina al Consejo de Salud Ocupacional para realizar campañas preventivas en infortunios laborales.

- i) Se amplían las definiciones de accidente y enfermedad en el trabajo y se incluye como accidente laboral el que le ocurra a un trabajador en el trayecto usual de su domicilio al trabajo y viceversa, siempre y cuando dichas prestaciones no estén cubiertas por otro régimen de Seguridad Social.

Los principales beneficios de la legislación actual para el trabajador son:

- i) Incluye un capítulo referente a la salud ocupacional en donde declara de interés público todo lo referente a este campo y que tiene como finalidad promover y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social del trabajador en general; y prevenir todo daño causado a la salud de éste por las condiciones del trabajo.
- ii) En caso de que el trabajador sufra un infortunio laboral tiene derecho a:
  - a) Asistencia médico quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación sin límite de monto.
  - b) Prótesis y aparatos médicos que se requieran para corregir deficiencias funcionales sin límite de monto.
  - c) Prestaciones en dinero que, como indemnización por incapacidad temporal, permanente o por la muerte se fijan en esta Ley.
  - ch) Gastos de traslado en los términos y condiciones que establezca el reglamento de esta Ley.
  - d) Gastos de hospedaje y alimentación, cuando un trabajador tenga que ser trasladado para su asistencia médica a un lugar distinto de su residencia habitual o lugar de trabajo.

- e) Readaptación, reubicación y rehabilitación laboral que sea factible otorgar por medio de instituciones públicas nacionales especializadas en esta materia o extranjeras cuando así se determinen.
- f) Cuando un trabajador producto de un riesgo del trabajo quede con una incapacidad igual o superior al 67% de la capacidad general, se le otorga una asignación de ¢ 600.000.00 para remodelación de su casa, para compra de vivienda, lote o construcción. Por disposición administrativa el INS les adelanta dos años de renta sin interés para el mismo efecto y además tiene un convenio con el Banco Hipotecario de la Vivienda, para que se les otorgue complementariamente el Bono de vivienda.

Es así que el trabajador logra acumular:

Asignación INS	¢ 600.000.00	
Adelanto Rentas	500.000.00	en promedio
Bono de Vivienda	480.000.00	
	<hr/>	
	1.580.000.00	

Un Trabajador Social del INS le ayuda para los trámites de construcción, se le otorga un plano confeccionado por Ingenieros del Instituto y, en algunos casos, el Trabajador Social ha logrado que el Patrono o la Municipalidad del lugar le donen un lote.

- g) Se incluyen en esta nueva Ley como beneficiarios de un trabajador fallecido a la madre de crianza y a la compañera.
- h) Se extiende la pensión a los hijos hasta los 25 años, siempre que continúen con estudios superiores.
- i) Se incluye en esta nueva Ley para los trabajadores que hayan quedado con una incapacidad total permanente y los derechohabientes del trabajador que falleciere a causa de un accidente del trabajo, una renta adicional navideña (aguinaldo).

No obstante que la legislación actual es muy reciente, debido a la evolución y al cambio constante que se da en este campo de acuerdo a la realidad social, política, económica y laboral del país, ha sido necesario a través de reformas administrativas, aprobadas por la Junta Directiva del INS continuar otorgando nuevos y mejores beneficios en este régimen.

Dentro de los principales beneficios que el Instituto ha aprobado del año 1982 a la fecha, se pueden citar:

- a) Desde el 03-02-86 a los trabajadores que producto de un riesgo del trabajo tienen una incapacidad temporal, el INS les reconoce el 75% del salario durante los primeros 45 días de incapacidad, la Ley otorga un reconocimiento del 60% del salario durante esos primeros 45 días.
- b) Desde la misma fecha anterior cuando un trabajador tiene una incapacidad temporal producto de un infortunio laboral y los que queden con secuelas invalidantes, el salario mínimo se les actualiza en forma automática a partir del decreto que publique el Gobierno de la República, la Ley indica que esto se podrá variar reglamentariamente.
- c) Cuando un trabajador quede con una incapacidad total permanente (igual o superior al 67% de la capacidad general) el cálculo para su renta se hace con base al 100% sobre el salario mínimo anual y un 90% sobre el exceso.

La Ley indica que se hará sobre el 100% del salario mínimo y el 67% sobre el exceso.

- d) Desde el 30 de noviembre de 1988, a todos los trabajadores con secuelas invalidantes superiores al 50% de la capacidad general y a los derechohabientes de un trabajador fallecido se les puede hacer adelantos de rentas por un año, sin el cobro de ningún interés.

El código no lo contempla.

- e) Actualmente la Ley indica que a las personas que queden con una

secuela invalidante del 100% de la capacidad general y que se consideren grandes inválidos, se les otorga una asignación para vivienda que será de ç 40.000.00.

El INS a través de los años ha venido modificando este monto, y actualmente esa asignación se sitúa en la suma de ç 600.000.00 y se les otorgará a las personas con lesiones invalidantes iguales o superiores del 67% de la capacidad general.

- f) Desde noviembre 1988 a esta misma persona, el INS les podrá hacer adelantos de 2 años de su renta, sin pago de interés cuyo destino será para la remodelación de la casa, compra de vivienda, lote o construcción.

La Ley no lo contempla.

- g) La Ley indica que para trabajadores con secuelas invalidantes iguales o mayores del 50% pero menos del 67%, se les otorgará una renta por un período de 10 años.

El INS desde diciembre 1990, puede convertir estas rentas decenales en vitalicias si al final de los 10 años el trabajador discapacitado sigue dependiendo de esa renta.

- h) Cuando un hijo (menor de edad) de un trabajador fallecido tiene una limitación orgánica o funcional que lo imposibilita para realizar estudios superiores u otra actividad la renta se le convierte en vitalicia.

Para este caso la Ley prevé únicamente una renta hasta los 18 años.

- i) Desde el 10 de diciembre 1990, siempre y cuando no se agote el porcentaje del 75% del salario del trabajador para repartir entre los derechohabientes que indica la Ley, a los hijos mayores de 18 años que tengan imposibilidad de realizar estudios y otra actividad en razón de su limitación orgánica o funcional, se les concederá una renta en forma vitalicia.

La Ley no lo contempla como beneficiarios.

- j) Desde el 10 de diciembre 1990, todos aquellos trabajadores que después de un infortunio laboral, que quedaren con secuelas invalidantes iguales o superiores al 50% de la capacidad general, el Instituto les paga la cuota para que estén protegidos por el Régimen de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costarricense del Seguro Social.

La Ley no contempla este beneficio.

- k) Antes y después de la nueva Ley, el Instituto se ha preocupado porque las rentas a lesionados y derechohabientes, se actualicen cada año de conformidad al aumento en el costo de la vida. La última actualización se realizó en enero de 1993.

### *Conceptos de Riesgos del Trabajo*

La Ley de Riesgos del Trabajo contempla una importante modificación de principios al sustituir el criterio de responsabilidad patronal por el de la concepción de la responsabilidad social solidaria. En este orden de ideas, interesa la tutela de las contingencias sociales que con ocasión del trabajo se derivan para los trabajadores, en vez de señalar responsabilidades de tipo patronal, conforme a doctrinas de carácter civil basadas en la culpa o el dolo. Al ubicarse dentro de esta tesis, la ley parte de principios generales que rigen la teoría moderna de la Seguridad Social, tales como:

- a. El de la Universalidad, que tiene por objetivo el participar del sistema a todos los trabajadores del país, fundamentado en el derecho indiscutible de que la seguridad social debe vincular sin ningún tipo de discriminación de matices, por actividad laboral o por función social, a quienes constituyen la comunidad nacional.

Esto tiene mayor validez tratándose de las fuerzas de trabajo sobre las cuales descansa el desarrollo y progreso de la nación.





b. El de integridad, que pretende incorporar un tipo de cobertura tal que las prestaciones amparen las necesidades reales del sector que se busca proteger y se constituyan en elementos de seguridad personal y familiar.

c. El de solidaridad, a pesar de que durante muchas décadas se ha hablado de la solidaridad como principio básico sobre el cual se sustentan los seguros sociales, lo cierto es que ésto no se ha cumplido y se muestran evidentes signos de egoísmo de grupos que tuvieron acceso a los regímenes de seguridad social, pero que no han alentado la implantación generalizada de la misma. El principio de solidaridad implica, sin ninguna duda, la unión de esfuerzos de las empresas públicas y el sector privado para promover la integración de los ciudadanos y conseguir la cobertura de las contingencias sociales y el logro del bienestar social colectivo.

Sobre las bases comentadas, el Instituto Nacional de Seguros se propuso eliminar los tratamientos diferenciales que el Código de Trabajo establece entre trabajadores asegurados y no asegurados, de manera que, por razones prácticas de aseguramiento, únicamente estarán sin obligación de incorporarse en este régimen la actividad laboral familiar y los trabajadores por cuenta propia. No obstante, esos sectores tendrán acceso al Seguro contra Riesgos del Trabajo cuando voluntariamente así lo soliciten al ente asegurador.

Con este planteamiento se incluye dentro de la protección del seguro una importante masa de costarricenses, tales como los trabajadores a domicilio, los de jornadas temporales cortas y el servicio doméstico, que con la anterior legislación quedaban excluidos de la protección.

De igual forma, se incluye un tratamiento particular y diferente al concepto de accidente de trabajo para variar los conceptos tradicionales de ocasionalidad y causalidad, vinculando ahora el mismo a la subordinación jurídica que el contrato o relación de trabajo impone al trabajador, en los estados de dirección y dependencia que se definen ante la ocurrencia de un infortunio laboral.

Dentro de este orden de ideas, se califican como accidentes del trabajo los que le ocurren al trabajador en la ejecución de órdenes del patrono, o en la prestación de servicios bajo su autoridad, inclusive en los casos

en que el riesgo ocurre fuera del lugar del trabajo y después de terminada la jornada. Asimismo, se determinan accidentes de trabajo los que ocurran al trabajador durante la interrupción de la jornada de trabajo, antes de empezarla, o después de terminarla, si el mismo se encontrase en el lugar del trabajo, o en el local de la empresa, establecimiento, o explotación, con el consentimiento expreso o tácito del patrono o sus representantes.

Finalmente, se introduce la innovación, aceptada por nuestra jurisprudencia en forma reiterada, de considerar accidentes de trabajo los llamados *in itinere*, sean aquéllos que ocurren al trabajador en el trayecto usual de su domicilio al trabajo y viceversa, como lo establece el Artículo Tercero del Reglamento General de los Riesgos del Trabajo.

Es interesante observar que las ampliaciones de ámbito de cobertura se han hecho bajo la premisa fundamental de no causar distorsión importante en la estructura financiera del régimen, al partir del principio de que una serie de contingencias que otras legislaciones amparan como riesgos del trabajo, en nuestro sistema de seguridad social quedan cubiertas por el Seguro Social (caso de suicidio del trabajador, imprudencia temeraria, otros casos de accidentes *in itinere*, fuerza mayor extraña al trabajo).

Como lo que se pretende siempre es el beneficio de los usuarios, no tendría entonces ninguna significación trasladar la protección de un régimen a otro, estando en presencia de un sistema de seguridad social integrado como es el nuestro. Si esos eventos de excepción que no se han contemplado al amparo de la actual reforma están ya cubiertos por el régimen que administra la CCSS, no tiene sentido su transferencia, pues implicaría indebida duplicidad en las cotizaciones.

En cuanto al concepto de enfermedad profesional, para ser consistentes con la teoría del riesgo social, se dispuso clasificar como tales, aquéllas que sucedan no sólo con motivo del propio trabajo que se ejecuta, sino también las que devienen del medio en el que el trabajador presta sus servicios. Esto, sobre todo, tiene doble importancia: por una parte, a efectos de igualar las prestaciones en dinero ante eventos similares o, y de otro lado, alentar en forma persistente las políticas de salud ocupacional que el patrono debe llevar a cabo a partir de la presencia de factores causales que se determinan cada vez que ocurra este tipo de estados

patológicos.

Respecto a los factores desencadenantes, acelerantes o agravantes de los riesgos del trabajo, se plantea una solución que resuelve de manera definitiva los casos de agravaciones o reagravaciones que generan incapacidad permanente absoluta o estados de gran invalidez. Asimismo, se sistematiza el procedimiento a seguir en los casos en que el grado de invalidez es menor y no existan criterios objetivos definitorios de los problemas que se presentan en esta materia.

### *Universalización de los Riesgos del Trabajo*

La cobertura de Riesgos del trabajo cubija actualmente un 90% de la población trabajadora costarricense. Las gestiones de aseguramiento se realizan fundamentalmente por dos razones principales:

1. Forzadas por la disposición legal que contiene el Artículo 251 del Código de Trabajo.
2. Por el convencimiento de los empleadores de resolver los compromisos que se originan de las disposiciones del Código y no exponer a las empresas a situaciones críticas si ocurre un infortunio laboral y no se tiene suscrita la póliza respectiva.

No obstante, existe un importante porcentaje de patronos costarricense que no suscriben el seguro, ya sea porque utilizan la facultad que les confiere el Código -sus actividades no están incluidas en la lista del Artículo 251-, por ignorancia de sus obligaciones legales, o por cualesquiera otras razones que se derivan de la discrecionalidad propia de un sistema no universal.

Con la universalización del seguro, los trabajadores no sólo disfrutan de un sistema único de protección, sino que o, también, evidentemente estarán más conformes al tener la certeza de que ante un infortunio laboral, él y su familia tienen la tutela de un seguro de Riesgos del Trabajo organizado y sólido.

La justificación histórica de los seguros de carácter social está dada,

precisamente, por la aplicación del principio de solidaridad para la orientación y formación del gasto social requerido para atenuar o eliminar las consecuencias de las contingencias sociales. La concepción del principio de solidaridad se fundamenta, desde el punto de vista financiero, en el argumento de que toda la colectividad tiene derecho a una asistencia integral y, por ende, se beneficie de las prestaciones sociales que tenga establecidas el sistema de seguridad social nacional. Por ello es razonable que toda la población contribuya al financiamiento en la medida de sus capacidades.

Enfrentando este principio con la realidad costarricense, se observa que, desde el punto de vista de la contribución, sí se cumple a través de las transferencias que el sector productor hace de las cargas sociales a los consumidores mediante el mecanismo de precios. Pero no es así respecto a la prestación integral que otorgue la seguridad social, pues no ocurre que estuvieren todos asegurados, como ya se indicó, e inclusive algunos sectores laborales no tiene siquiera la protección que hasta ahora ha venido dando el Código de Trabajo.

Esto hace que la universalización tenga una justificación desde el punto de vista de la política social, pues iguala a los costarricenses en cuanto a su derecho a la seguridad social. Se justifica aún más esta decisión al comprobar como los sectores no protegidos son aquéllos compuestos por trabajadores de empresas pequeñas y casi todas localizadas en zonas rurales o al menos lejanas a la Meseta Central. Esta situación se explica en parte por la falta de organización de los grupos laborales y también por la falta de capacidad de las empresas donde ellos laboran.

Desde una perspectiva económica, la situación era totalmente inconveniente. El Seguro de Riesgos Profesionales corresponde pagarlo a los empleadores, pero es evidente que ésto significa siempre que el empresario es intermediario de pago, en el tanto que, como se dijo, las cargas sociales están incorporadas a los costos de producción y, en consecuencia, son una porción de los precios que operan en el mercado.

Esta transferencia hace que, en última instancia, el pagador de la seguridad social sea el consumidor, tal circunstancia económica justifica la universalización en virtud de que el papel del consumidor no exige su identificación como asegurado o no contra los Riesgos del Trabajo. Por









tanto, es evidente que un grupo de costarricenses, los no protegidos contra Riesgos Profesionales, al consumir los artículos producidos por empresas que sí tienen asegurados a los trabajadores, contribuyen al financiamiento solidario de su seguridad social. Pero aquellos productos elaborados por los trabajadores no asegurados, al ser consumidos por la población, no llevan el ingrediente de costos por seguridad social de los obreros involucrados en su proceso productivo. Lamentablemente, los sectores no protegidos son mayoritariamente aquéllos dedicados a las actividades agropecuarias y que aportan una importante porción del valor agregado que conforma el producto nacional.

Lo anterior es, en cierta forma, una traslación a nivel nacional de las desigualdades que se presentan en el plano internacional. Los artículos importados de naciones industrializadas incluyen los costos de la seguridad social altamente desarrollada que protege a los trabajadores de esos países. Nuestros productos de exportación, que son comprados por los países del resto del mundo, incluyen o no en su precio el costo de la seguridad social incipiente, o medianamente desarrollada, que tutela a nuestros trabajadores.

En términos nacionales, esto significa que los trabajadores de las industrias y otros sectores productivos que operan en condiciones favorables respecto a una buena cantidad de las empresas agropecuarias y rurales, por efecto de rendimientos derivados de la tecnología o el acceso a mercados más favorables, obtienen ventajas comparativas en términos sociales, pues incluyen en los costos de producción las cargas derivadas de la protección de los regímenes permisibles. Un campesino costarricense, al comprar un paquete de cigarrillos, está contribuyendo para financiar la seguridad social de un trabajador industrial de la metrópoli. Un trabajador industrial josefino, al comprar un kilo de arroz no contribuye al menos a la cobertura de los Riesgos del Trabajo que ocurren a los trabajadores de la tierra que produjeron el arroz.

Otra ventaja a señalar como inherente a la condición de asegurado y el planteamiento de universalización, se relaciona con la organización de un aparato médico-asistencial adecuado a los requerimientos y, sobre todo, a las especiales características de los infortunios laborales que difieren de la atención hospitalaria corriente, de tal manera que se cuente

con servicios especializados en traumatología, convalecencia y rehabilitación. Cualquier tipo de duplicidad se evita mediante la debida coordinación con la CCSS en la remisión de los pacientes que pueden ser atendidos en sus centros hospitalrios, a costo del Régimen de Riesgos del Trabajo, sin duplicar esfuerzos, pero asegurando la eficacia de su atención médico-sanitaria.

Por otra parte, la universalización permite el oportuno planteamiento en función de datos ciertos que se tengan sobre los índices de frecuencia y gravedad, según actividades y ubicación geográfica, a fin de conocer ciertos factores de concentración regional.

Puede agregarse otra ventaja de tipo operativo y técnico, relacionada con la factibilidad de lograr en términos actuariales una mejor distribución de los riesgos al operar a escala nacional, lo cual permite una mejor aplicación de los principios matemáticos-estadísticos que regulan los seguros. Y a su vez es posible un adecuado uso del principio de solidaridad, pues se incorporan al régimen no sólo las empresas con alta probabilidad de riesgo, sino también aquéllas otras que son de menor peligrosidad, con lo cual los costos también pueden ser mejor distribuídos.

El proceso de universalización fue gradual, para no provocar innecesarios problemas de orden financiero a los patronos no protegidos, quienes tuvieron tiempo suficiente para anticipar las variantes que la medida provoca en sus costos de producción, y para que, al mismo tiempo, se pudiera tener oportunidad de planear los apoyos administrativos y médico-asistenciales que fueran del caso. La aplicación gradual se llevó a cabo por actividad económica de la empresa e instituciones y en un plazo de cinco años, el cual se concibió como máximo para poner en vigencia esa trascendental decisión en materia de seguridad social.

Es así que para cumplir el proceso de universalización, señalado por el Transitorio N° I de la Ley N° 6727 sobre Riesgos del Trabajo, el Instituto Nacional de Seguros realizó las siguientes declaratorias de universalización a partir del 01-03-83 y hasta el 01-10-85.

Fecha	Ramas de Actividad Económica
01-03-83	Comercio al por mayor y menor, restaurantes y hoteles.
01-10-83	Agricultura, caza, silvicultura y pesca.
01-04-84	Establecimientos financieros, seguros, bienes inmuebles y servicios prestados a las empresas.
01-09-84	Industrias manufactureras.
01-10-85	- Explotación de minas y canteras - Electricidad, gas y agua - Construcción - Transporte, almacenaje y comunicaciones - Servicios comunales, sociales y personales - Actividades no especificadas.

Con estas últimas actividades económicas se culminó el proceso de universalización.

Al finalizar el año 1992 podemos indicar que la cobertura asegurada en este régimen es del 90.12% de la población asalariada, aunque todos los trabajadores de conformidad a la Ley están protegidos y gozan de iguales beneficios como si estuvieran asegurados.

### Salud Ocupacional

El Instituto Nacional de Seguros, como empresa Aseguradora desde el año 1924, ha tenido como vocación la prevención de accidentes, y mantuvo durante muchos años un Departamento de Prevención con áreas para Prevención de Incendios, Prevención de Accidentes de Tránsito, Prevención de Riesgos Profesionales.

A mediados de los años 70, el Instituto Nacional de Seguros conciente de la problemática de los infortunios laborales, y que a pesar de los esfuerzos realizados intensificando los programas de prevención, el

flagelo de los accidentes y enfermedades en el trabajo continuaban, decidió dar un mayor impulso a este campo, con el propósito de mejorar las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, por lo que procedió a dividir el Departamento de Prevención dedicando y especializando a uno de ellos en el campo de la Salud Ocupacional.

Posteriormente dentro del proyecto de Ley presentado por el Instituto, para modificar el Capítulo IV del Código de Trabajo, que culminó con la Ley 6727 sobre Riesgos en el Trabajo, se incluyó un capítulo completo sobre Salud Ocupacional, donde se creó un sistema global sobre esta materia y se crea un Organismo rector de la misma (Consejo de Salud Ocupacional) que actúa con facultades, independencia y autonomía propios, aunque se sitúe como órgano adscrito al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

El Departamento de Salud Ocupacional cuenta con una Unidad de Higiene Analítica y además laboran 20 funcionarios, en donde se tienen Médicos del Trabajo, Ingenieros Agrónomos, Psicólogos y otros profesionales y técnicos en este importante campo.

Para complementar los recursos para la prestación de servicios en Salud Ocupacional en forma eficiente y eficaz se han formalizado convenios y se han hecho afiliaciones con organismos e instituciones nacionales como la Universidad de Costa Rica, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), Instituto Tecnológico de Costa Rica (ITC) y a nivel internacional con el Gobierno Español, Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), Asociación Latinoamericana de Seguridad e Higiene en el Trabajo (ALASEHT) y la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS).

#### Modelo Asistencial

Desde el año 1926, fecha en que se le encargó al Instituto Nacional de Seguros la Administración del Régimen de Riesgos del Trabajo y hasta los primeros años de la década de 1970, los pacientes que sufrían un infortunio laboral eran atendidos por los diferentes hospitales del país, con los que el Instituto Nacional de Seguros había suscrito convenios. Además tanto en la Capital como en las diferentes provincias, el INS

había nombrado médicos en medicina general y en las diferentes especialidades para la atención de los pacientes que sufrieran un Riesgo Profesional.

A mediados de los años setenta, por Ley, todos los Hospitales del país se traspasaron a la Caja Costarricense del Seguro Social. En vista de lo anterior, el Instituto Nacional de Seguros firmó un convenio con dicha Institución para la atención de los pacientes que sufrieran un accidente de trabajo o una enfermedad profesional.

Posteriormente se recomendó y fue aprobado por la Junta Directiva del INS el establecimiento de servicios propios en consultas por primera vez, de especialidades médicas, cirugía menor, servicio de enfermería, de rayos X y de farmacia. Con el transcurso de los años se ha ido ampliando y al año 1993, el Instituto Nacional de Seguros para la atención de infortunios laborales y de tránsito tiene el siguiente modelo:

- a) En San José cuenta con dos grandes centros de atención de pacientes, uno donde se brindan los servicios de:
- Consulta de Choque (paciente llega por primera vez)
  - Consulta de Especialidades Médicas
  - Cirugía Menor
  - Servicio de Enfermería
  - Servicio de Rayos X
  - Servicio de Farmacia
  - Servicio de Yesos
  - Transporte de Pacientes

El otro gran centro de atención es el que hemos denominado Albergue Temporal y Casa de Salud en donde se dan los siguientes servicios:

- Convalecencia, una vez que el paciente ha pasado su período crítico en un Hospital, pasa a este Centro donde tiene servicios médicos, de enfermería, medicamentos y el resto de servicios de apoyo durante las 24 horas del día, este servicio cuenta con 70 camas.
- Albergue, donde se brinda hospedaje y alimentación a lesionados que vienen del interior del país y requieren permanecer varios

días en San José para recibir atención con un especialista o rehabilitación. Esta unidad cuenta con 60 camas.

- Servicio de Terapia Física y Ocupacional. Esta otra gran área se encarga de atender a los pacientes en el campo de la terapia física y ocupacional, se atienden en promedio 350 pacientes diarios.
- b) Para la atención en el interior del país se cuenta con 23 Dispensarios y 31 puestos médicos de empresa que se ubican donde hay alta concentración de trabajadores, en ellos se da el servicio de medicina general y algunas especialidades médicas en especial Ortopedia y Traumatología, además cuenta con todos los servicios de apoyo.
- c) Para los pacientes que por su tipo de lesión requieren atención hospitalaria, se cuenta con un convenio con la Caja Costarricense de Seguro Social, que es la Institución que administra todos los hospitales de la Seguridad Social Costarricense.
- d) Para la atención de cirugía programada se han firmado convenios con la empresa privada costarricense, Clínica Bíblica y Clínica Católica, con el propósito de usar las salas de cirugía y utilizar las habitaciones para el post-operatorio.
- e) Para la prestación de los servicios médicos a las personas que sufren un infortunio laboral o de tránsito, el Instituto Nacional de Seguros cuenta con un total de 146 profesionales en medicina que laboran bajo las siguientes modalidades:
  - i. Un grupo pequeño son funcionarios de la Institución, únicamente 22 de ellos aparecen en la planilla.
  - ii. El resto de facultativos, 124 no son funcionarios de la Institución, sino que laboran por el sistema de compra de servicios. Con ellos se ha establecido una tarifa fija por la que atienden al lesionado hasta que se le da de alta para regresar a su trabajo, es la misma tarifa si es una sola consulta o varias, en promedio cada médico

otorga 3 consultas por lesionado. Esta tarifa se actualiza en forma anual de conformidad con el aumento en el costo de vida.

f) Además se han realizado otra serie de convenios con la empresa privada, para ciertos servicios de apoyo y de diagnóstico, así que se compran los siguientes servicios:

- Rayos X en el interior del país
- Servicio de laboratorios
- Servicio de tomografía axial computarizada

#### ALGUNOS DATOS ESTADISTICOS

El total de trabajadores asegurados en 1992, fue de 676.025 de un total de 750.140 trabajadores asalariados a nivel nacional, lo que significa que se ha alcanzado una cobertura del 90.12%, la distribución por actividad económica se muestra en el cuadro siguiente:

**CUADRO No. 1**  
**DEPARTAMENTO DE RIESGOS DEL TRABAJO**  
**TRABAJADORES ASEGURADOS POR RAMA DE ACTIVIDAD**  
**1991-1992**

GRUPO	ACTIVIDAD ECONOMICA	1991	1992
01	Agricultura, caza, silvicultura, pesca	118.823	121.875
02	Explotación de minas y canteras	1.047	1.097
03	Industrias, manufacturas	134.922	141.830
04	Electricidad, gas y agua	15.440	15.940
05	Construcción	67.331	72.162
06	Comercio al por mayor y al por menor, hoteles y restaurantes	70.321	78.587
07	Transporte, almacenamiento y comunicaciones	27.653	32.253
08	Establecimientos financieros, seguros, bienes inmuebles y servicios prestados a empresas.	22.708	24.400
09	Servicios sociales, comunales y personales	162.679	172.939
00	Actividades no bien especificadas	10.041	14.942
	<b>TOTALES</b>	<b>630,922</b>	<b>676,025</b>

A continuación presentamos un cuadro dosnde se muestra el porcentaje de accidentes reportadas a la población asegurada

**CUADRO No. 2**  
**PORCENTAJE DE ACCIDENTES EN RELACION**  
**A LA POBLACION ASEGURADA**  
**1983-1992**

AÑO	No. TRABAJADORES ASEGURADOS	No. ACCIDENTES Y ENFERMEDADES	% ACCIDENTES REPORTADOS POBLACION ASEGURADA
1983	327.540	74.415	22.72
1984	364.235	81.899	22.49
1985	400.930	83.985	20.92
1986	467.615	97.976	20.95
1987	433.103	105.658	24.39
1988	466.056	108.831	23.35
1989	492.148	113.301	23.02
1990	573.321	124.290	21.68
1991	630.992	129.571	20.53
1992	676.025	141.058	20.86

Es interesante observar, que en números absolutos, los accidentes van en aumento, pero porcentualmente han ido disminuyendo, esto gracias a las campañas de prevención que se han venido intensificando en los últimos años.

El siguiente cuadro nos muestra el número de incapacidades permanentes, trabajadores fallecidos y grandes inválidos del año 1988 al 1992:

**CUADRO No. 3**  
**DEPARTAMENTO DE RIESGOS DEL TRABAJO**  
**1988-1992**

AÑO	INCAPACIDADES PERMANENTES	TRABAJADORES FALLECIDOS	GRANDES INVALIDOS
1988	6,224	52	06
1989	7,181	47	05
1990	7,872	58	05
1991	9,442	66	07
1992	7,995	67	06

El total de consultas atendidas a nivel nacional en las diferentes instalaciones del INS se muestra en el cuadro siguiente:

**CUADRO No. 4**  
**TOTAL DE CONSULTAS**  
**1985-1992**

	CONSULTAS SAN JOSE	CONSULTAS DISPENSARIOS	TOTAL
1985	134.318	82.678	216.996
1986	157.066	98.820	255.886
1987	156.663	115.140	271.803
1988	161.863	114.899	276.762
1989	174.356	112.726	287.082
1990	185.464	131.683	317.147
1991	191.059	137.426	328.485
1992	191.274	133.702	324.976

Es importante destacar que el INS, siempre se ha preocupado porque los costos no se incrementen, dentro de los rubros que son objeto de constante estudio está el del promedio de días de incapacidad, que en el año 1976 estaba en aproximadamente 22 días y a partir de ese momento, que es cuando el Instituto opta por tener sus propios servicios, se nota una constante mejoría y al 31 de diciembre de 1992 se ha disminuido a 12 días.

Del año 1986 a 1992 en la Consulta Externa, incluyen pacientes de Riesgos del Trabajo y Seguro Obligatorio de Automóviles, los promedios de días de incapacidad se han reducido así:

**CUADRO No. 5**  
**PROMEDIO DE DIAS DE INCAPACIDAD**  
**CONSULTA EXTERNA**  
**1986-1992**

AÑO	PROMEDIO
1986	9.2
1987	8.6
1988	9.1
1989	9.0
1990	6.6
1991	6.5
1992	5.9

Lo anterior se ha hecho siempre tratando de ser más eficiente en el servicio, sin desmejorar la atención del paciente. Para dar un ejemplo de la importancia de este costo, podemos indicar que en Riesgos del Trabajo, el rebajar un día promedio de incapacidad significa con el salario mínimo, una disminución del costo de aproximadamente ₡ 120.000.000.00 en un año.

En el complejo hospitalario del Instituto, en donde se tienen los servicios de convalecencia, Albergue y Rehabilitación su ocupación ha sido la siguiente:

#### Casa de Salud (Convalecencia)

Este servicio tiene una capacidad para 22.300 días-paciente y tuvo en el año 1992 una ocupación efectiva de 19.429, es decir tenía una ocupación en el año 1992 del 87.13% que es excelente en un sistema hospitalario.

#### Albergue (Hospedaje)

En este servicio el porcentaje de ocupación estuvo en 66%, este puede parecer bajo, pero se justifica debido a que los pacientes en su mayoría egresan el viernes por la tarde e ingresan nuevamente el lunes. Esto provoca que de lunes a jueves haya casi ocupación plena y de viernes a domingo disminuye al 50%.

#### Rehabilitación

Este servicio tiene una capacidad para 99.935 sesiones al año, en 1992 se dieron 82.079 sesiones, es decir tuvo una ocupación del 95.4%.



II

## **LA SEGURIDAD SOCIAL EN COSTA RICA**



## II

### LA SEGURIDAD SOCIAL EN COSTA RICA

- Visión de la Seguridad Social en Costa Rica dentro del marco del Seguro Social.



## **VISION DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN COSTA RICA DENTRO DEL MARCO DEL SEGURO SOCIAL**

Jorge Valverde Castillo

En 1979 se realizó un Convenio Caja-Ministerio de Salud, mediante el cual la Caja se comprometió a ofrecer atención médica integral en todo el país. Tomando en cuenta los asegurados directos y familiares, los asegurados por el Estado o indigentes, junto con los asegurados por Cuenta Propia (trabajadores independientes), los asegurados en forma voluntaria y los asegurados a través de la pensión que reciben, se logra tener una cobertura del 100 por ciento de nuestra población, lo que indudablemente coloca a Costa Rica, entre los países a la vanguardia en cuanto a este renglón se refiere.

A continuación estudiaremos específicamente el Seguro de Enfermedad y Maternidad, el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte y el último Régimen encomendado a la Caja por Ley, para su administración: el Régimen no Contributivo de Pensiones por Monto Básico.

### **EL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD**

Se inició este Seguro el 1o. de septiembre de 1942, con la cobertura de 20,000 asegurados distribuidos en los distritos Primero de las Provincias de San José, Cartago, Alajuela y Heredia, como ya lo citamos.

Hoy día es obligatorio para todos los trabajadores asalariados y cubre además a los trabajadores independientes (por cuenta propia), asegurados a cargo del Estado (indigentes y reclusos) y a todos los familiares de estos con derecho.

Es un régimen de reparto, lo cual significa que las cotizaciones aportadas por los trabajadores, los patronos y el Estado, se destinan a brindar todos

los beneficios que el Reglamento respectivo señala.  
Se financia de la siguiente manera:

Patronos: 9.25% del total de los salarios de sus trabajadores.

Trabajadores: 5.50% del monto total de sus salarios.

Estado como tal: 1.25% sobre los salarios de todos los trabajadores del país que mantenga relación obrero-patronal.

Comprende tres tipos de prestaciones:

- a. Prestaciones Médicas
- b. Prestaciones en Dinero
- c. Prestaciones Sociales

Con ellas la Caja Costarricense de Seguro Social protege al trabajador y a su familia cuando requieren sus servicios y se complementan entre sí para brindar una atención global y eficiente.

- a. Prestaciones Médicas

Comprende lo siguiente:

- a. Asistencia médica, general, especial y quirúrgica.
- b. Asistencia hospitalaria.
- c. Servicio de farmacia.
- d. Servicio de odontología.

- b. Prestaciones en Dinero

- a. El subsidio en dinero que se paga durante los periodos de incapacidad.
- b. La cuota de sepelio.
- c. Las ayudas económicas para aparatos y prótesis ortopédicas y para accesorios médicos.
- d. Ayuda para prótesis dentales.
- e. Pago de libre elección médica.
- f. Pago de traslados y hospedajes.
- g. Pago especial en casos de emergencia.

- c. Prestaciones sociales

- Conferencias relacionadas con salud, higiene (física o mental), educación sexual.
- Cursos de capacitación sobre diferentes actividades.

Las condiciones para la adquisición de los derechos, son las siguientes:

- Para las prestaciones médicas y en dinero, la cotización debe darse durante el mes precedente al comienzo de la enfermedad.
- Para las prestaciones en dinero por maternidad es necesario que la asegurada haya cotizado por lo menos durante seis meses antes de la incapacidad o parto.
- Finalmente para la prestación médica por maternidad, es necesario que la asegurada directa haya cotizado el mes anterior.

Para la prestación de los servicios médicos y administrativos, la Institución cuenta actualmente con veintiocho hospitales y ciento cuatro clínicas.

## **EL SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE**

El Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte o sistema de pensiones del Seguro Social se creó con la Ley número 17 del 22 de octubre de 1943, con la que nació la Caja Costarricense de Seguro Social. Sin embargo, no es sino hasta el 1o. de enero de 1947 que comenzó a regir el Reglamento para extender la aplicación del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

En su inicio se limitó a cubrir un determinado grupo de trabajadores y desde 1975 empezó a regir en forma obligatoria con el Seguro de Enfermedad y Maternidad. Su paulatina extensión según la actividad y ubicación de las entidades laborales y distintos grupos de trabajadores, fue la siguiente:

1o. de enero de 1947

Servidores del Estado (profesionales y oficinistas) e Instituciones públicas protegidas por el Régimen de Enfermedad y Maternidad, remuneradas

mediante salarios fijos consignados en presupuestos respectivos.

1o. de julio de 1947

Empleados de Instituciones y empresas públicas o privadas, Gerentes, Administradores, personas con funciones de dirección o administración, empleados de oficina, consultorios profesionales, escuelas particulares (excepto porteros, mandaderos y trabajadores que se dediquen a labores de limpieza), capitanes de barco, oficiales, asistentes de administración.

Octubre de 1958

Trabajadores del Estado con actividades de oficina que no habían ingresado en enero de 1947, por no estar protegidos por el Régimen de Enfermedad y Maternidad.

1o. de enero de 1959

Empleados del Banco Nacional de Costa Rica.

1o. de noviembre de 1960

Servidores del Estado, poderes del Estado, Tribunal Supremo de Elecciones e Instituciones Autónomas (en todo el país), semiautónomos y municipalidades cuya relación de trabajo es permanente, porteros en general, trabajadores dedicados a labores de limpieza y aseo en oficinas, dependientes de mostrador, cobradores y trabajadores manuales que no realizan labores agrícolas (en aquellos lugares donde estuviera extendido el Seguro de Enfermedad y Maternidad).

1o. de mayo de 1962

Trabajadores manuales y de industria, de tiendas, de comercio, en el área metropolitana si no disfrutaban del beneficio de Invalidez, Vejez y Muerte.

13 de septiembre de 1963

Mandaderos y auxiliares de comercio.

Agosto de 1968

Trabajadores de la construcción

Septiembre de 1968

Trabajadores de jornales (KP) Estado.

Agosto de 1969

Trabajadores del Muelle Ferrocarril Eléctrico al Pacífico.

Octubre de 1971

Trabajadores manuales de industria, de tiendas, de comercio, en áreas rurales.

Diciembre de 1973

Trabajadores domésticos: incluye jardineros y choferes al servicio en casas particulares.

Junio de 1975

Trabajadores agrícolas y de ganadería.

Este Seguro se financia con las cuotas obligatorias del 2.5% de los trabajadores; 4.75% de los patronos y finalmente con el 0.25% del Estado como tal.

La extensión y el mejoramiento sustancial y dinámico de los beneficios que concede la Institución a sus asegurados es producto de una política de inversiones en las mejores condiciones de rentabilidad y de garantía lo que permite proteger a los asegurados contra los riesgos de invalidez, vejez o la muerte.

Las pensiones y demás beneficios que otorga el Seguro Social no tienen el carácter de regalías ni fines de lucro, pues tienen la condición de derechos consolidados y como tales son irrenunciables, intrasferibles e

inembargables, excepto en la mitad por pensiones alimenticias.

Como dato interesante vale la pena señalar la primera pensión concedida en este Régimen que correspondió al señor Ernesto Amador Benavides, con motivo del fallecimiento de su hermano Enrique, se otorgó a partir del 22 de enero de 1947.

### **PENSION POR INVALIDEZ**

Tienen derecho a disfrutar pensión por invalidez, el asegurado que haya cotizado para el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, con un mínimo de 36 cuotas mensuales y que haya perdido por lo menos las 2/3 partes de la capacidad de desempeño de su profesión, de su actividad habitual o de otra compatible con ésta, por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental, todo a juicio de la Comisión Médica calificadora de Invalidez o independientemente de que el origen de su dolencia sea natural o por accidente común, de tránsito.

La pensión de Invalidez de los asegurados que comenzaron a cotizar para el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte después de los 55 años de edad, se reducirá en un porcentaje de 0.75% por cada mes de diferencia entre los 55 años y la edad en que se pensiona si no ha aportado además de las 36 cuotas mensuales el equivalente a una cuota más por cada tres meses de la diferencia de edades mencionada, sin que esta reducción afecte el monto mínimo de pensión vigente.

No tendrá derecho a pensión de Invalidez el asegurado que adquiera derecho a pensión por Vejez.

### ***Rehabilitación***

Según el abogado especialista en Seguridad Social Carlos Martí Bufill, en general los regímenes de Seguridad Social, no han comprendido la rehabilitación de los inválidos como un sistema de prestaciones al servicio del individuo.

Es la inversión más rentable que puede efectuar la Seguridad Social, ya que cada rehabilitado supone traspasar una unidad del grupo de pasivos al grupo de activos, la disminución de las cargas permanentes (pensiones)

para aumentar las cotizaciones, la posibilidad de otorgar pensiones suficientes cuando el número de éstas vayan reduciéndose y en último término, la conservación de la capacidad productiva por la defensa del potencial humano de los pueblos.

Acorde con este pensamiento, la Caja en la actualidad lleva un control de todos sus pensionados por invalidez.

### **PENSION POR VEJEZ**

Tiene derecho a retirarse con pensión de vejez el asegurado que alcance la edad de 57 años y que haya aportado un mínimo de 408 cotizaciones mensuales. Por cada mes de edad que tenga el asegurado después de los 57 años de edad, el plazo de espera de 408 cotizaciones mensuales para pensionarse disminuirá en 3 cuotas, sin que en ningún caso ese plazo llegue a ser inferior a 120 cuotas. En la tabla de cotizaciones para personas mayores de 57 años, que se incluye al final, se puede ver la relación entre la edad y el número de cotizaciones necesarias para pensionarse en ese momento.

### **PENSION POR MUERTE**

Tienen derecho a disfrutar de pensión por muerte del asegurado, los siguientes familiares o beneficiarios de quien fallece después de haber cotizado para el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte con un mínimo de 24 cuotas mensuales.

- a. La viuda que convivía con el fallecido.
- b. La viuda separada judicialmente o divorciada que disfrute de pensión alimenticia otorgada por sentencia firmada si no existe otra viuda con matrimonio vigente o compañera con derecho.
- c. La viuda con juicio de divorcio o de separación judicial en trámite a la fecha del fallecimiento que compruebe que en ese momento vivía a expensas del fallecido.
- d. La viuda separada de hecho que recibía efectivamente pensión alimenticia a juicio de la Caja, de acuerdo con la prueba que se rinda y el resultado de la investigación.
- e. El viudo inválido o mayor de 65 años que dependía de la

- fallecida.
- f. La compañera con una convivencia marital con el fallecido de dos años si tuviesen hijos comunes o de cinco años si no los tuviere y que hubiere vivido a expensas de él y en su misma casa, todo a juicio de la Caja.
  - g. Los huérfanos solteros menores de 18 años.
  - h. Los huérfanos inválidos dependientes del fallecido.
  - i. Los huérfanos estudiantes menores de 25 años, solteros y no asalariados, que a la fecha del fallecimiento se encontraren cumpliendo normalmente estudios técnicos, universitarios o sacerdocio.
  - j. Las huérfanas solteras mayores de 55 años, no asalariadas, que vivían a cargo del occiso, que no reciban pensión alimenticia y que no tengan otros medios de subsistencia.
  - k. Los hijos adoptivos menores con un período de dependencia no menor de dos años, salvo que recién nacidos hayan sido adoptados por el asegurado y que el deceso ocurra antes de un año.
  - l. Los hijos nacidos fuera de matrimonio, reconocidos, en escritura pública debidamente inscrita o mediante sentencia judicial. En caso de indiscutida posesión notoria de estado, el derecho será acordado por la Junta Directiva aunque no exista reconocimiento o sentencia judicial.
  - ll. La madre natural o adoptiva, o la mujer que le hubiere prodigado los cuidados propios de madre, según la comprobación que al respecto efectúe la Caja, siempre que haya dependido del asegurado y que no exista viuda, compañera ni huérfanos en las condiciones antes señaladas.
  - m. El padre inválido que compruebe la dependencia económica, si no existe ninguno de los otros beneficiarios aludidos.
  - n. Los hermanos menores de 18 años, los menores de 22 estudiantes en las condiciones indicadas en el inciso i), los inválidos y los menores de 65 años no asalariados ni pensionados, tendrán derecho a pensión si no existiere viuda, compañera, huérfanos, ni padres con derecho.

Cuando exista viuda y compañera con derecho se concederá a ambas en forma simultánea y compartida la pensión de viudez que corresponda.

No tiene derecho a pensión de viudez, el cónyuge declarado en sentencia judicial, autor o cómplice de la muerte del asegurado. La persona que contraiga matrimonio dentro del término de un año antes de la muerte, con un asegurado mayor de 60 años de edad o ya pensionado, tampoco tiene derecho si no hubiere hijos comunes.

## INDEMNIZACIONES

En caso de que un asegurado fallezca después de haber aportado 6 o más cuotas mensuales, pero menos de 24, los posibles beneficiarios a pensión por muerte recibirán una indemnización equivalente a siete veces el salario promedio mensual que se calcula sobre los salarios devengados durante el período de cotización.

También podrá disfrutar de una indemnización la viuda o compañera pensionada que contraiga matrimonio o entre en unión libre. Esta indemnización, equivalente a 12 de las mensualidades que venía recibiendo, se hará efectiva en un solo pago y extingue de todos los derechos por viudez sin perjuicio del derecho de acrecimiento proporcional de las pensiones de los demás beneficiarios.

### *Monto de las Pensiones*

El monto mensual de pensión por invalidez o por vejez estará constituido por:

1. Una cuantía básica igual al 40 por ciento del sueldo promedio de los 48 salarios más altos de los últimos diez años cotizados al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte. Esta cuantía se incrementa en un diez por ciento si el asegurado tiene hijos menores de 18 años o si tiene cónyuge o compañera mayor de 45 años, inválida o con hijos menores de 18 años. Cuando el asegurado tiene cónyuge o compañera e hijos menores de 18 años, el incremento es del 20 por ciento.

2. Un incremento adicional de 0.125 por ciento del sueldo promedio por cada mes de cotización.

La pensión no puede ser superior al salario promedio, ni a la suma máxima de pensión establecida. Tampoco puede ser inferior al monto mínimo de pensión vigente.

Cuando el asegurado no se acoja a su pensión de vejez, en la fecha en que adquiere derecho, podrá disfrutar de una mejora por aplazamiento, equivalente a un medio por ciento de la pensión por cada mes cotizado a partir de la fecha en que pudo haberse pensionado. El reconocimiento de esta mejora se aplica aunque se exceda el monto máximo vigente, hasta  $\text{¢}20,000.00$ .

Para obtener el monto de las pensiones por muerte, se calcula la pensión de invalidez o de vejez que le pudo corresponder al asegurado directo en el momento de su fallecimiento y se distribuye de acuerdo con los siguientes porcentajes:

- a. Viuda o compañera de 55 años o más: 70%
- b. Viuda o compañera menor de 55 años, inválida o que haya sido madre: 60%
- c. Viuda o compañera que no reúna los requisitos estipulados en los incisos anteriores: 40%.

Si la pensión de viudez es compartida, le corresponderá a cada beneficiaria (viuda y compañera) el 20, 30 o 35% (según edad o condiciones de acuerdo con los incisos anteriores).

- d. Huérfanos: 30%

Cuando la orfandad es de padre o madre corresponde a cada huérfano el 60% y si ambos padres fueron cotizantes, se les otorgará el 60% de la pensión mayor o el 30% de cada una, si ello les beneficia.

- e. Padres con dependencia mayor del 75%: 40% de la pensión.
- f. Padres con dependencia menor del 75%: 20% de la pensión.
- g. Hermanos con dependencia menor del 75%: 30% de la pensión.
- h. Hermanos con dependencia menor del 75%: 15% de la pensión.

En ningún caso el total de las pensiones por muerte podrá exceder el

100% de la pensión que hubiere correspondido al fallecido. Si ocurre tal situación se prorratearán las pensiones de acuerdo con el porcentaje de cada uno. Si alguno de los beneficiarios pierde el derecho, su parte se distribuirá entre los demás, sin que se superen sus porcentajes.

Los pensionados de la Caja podrán disfrutar de revalorizaciones periódicas de sus pensiones, de acuerdo con las posibilidades financieras que determinen los estudios actuariales y en relación con los niveles de salarios y del costo de vida. Por motivo de una revalorización se puede superar el máximo de pensión establecido.

### *Otros beneficios*

Los pensionados y sus familiares tendrán derecho a:

- a. Asistencia médica general, especial y quirúrgica, servicios de farmacia, asistencia hospitalaria y servicios de odontología, con los requisitos y en las condiciones que establece el Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad.
- b. Asistencia obstétrica.
- c. Pago de traslados y hospedajes.
- d. Ayuda económica o suministro de prótesis y aparatos ortopédicos.
- e. Servicio de óptica.
- f. Cuota de sepelio (¢1,000.00). Es incompatible con el capital de defunción.
- g. Capital de defunción (¢5,000.00). Para los beneficiarios de la pensión.
- h. Servicio de rehabilitación física o mental.
- i. Pago de aguinaldo.
- j. Prestaciones sociales.

### **EL REGIMEN NO CONTRIBUTIVO DE PENSIONES POR MONTO BASICO**

Si bien los regímenes de Asignaciones Familiares tienen su origen en los suplementos familiares de salarios otorgados por algunas grandes empresas industriales desde la segunda mitad del siglo XIX, no es sino hasta hace más de treinta años que se instauró en Bélgica el primer régimen de Asignaciones Familiares.

El problema de las Asignaciones Familiares, se trató por primera vez dentro de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, cuando se celebró su IX Asamblea General en Roma, en el año 1949. Ahí se adoptó una resolución relativa a la protección de la madre y del niño por la seguridad social.

En Costa Rica el 23 de diciembre de 1974, se aprueba la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, número 5662, que dará base a diferentes programas de ayuda social, principalmente:

- a. Salud, alimentación y nutrición.
- b. Asentamientos campesinos y vivienda rural.
- c. Capacitación y divulgación.
- d. El Régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico: que incluye diferentes conceptos en relación con las Asignaciones Familiares de otros países.

Este Régimen lo administra la Caja Costarricense de Seguro Social, adicionalmente al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

Esta ley se financia de la siguiente manera:

- a. 3% del impuesto de ventas.
- b. 5% sobre el total de sueldos y salarios que los patronos públicos y privados paguen mensualmente a sus trabajadores. Se exceptúan el Poder Ejecutivo, Legislativo, Tribunal Supremo de Elecciones, Instituciones de Asistencia Médico Social, Instituciones de Enseñanza Superior del Estado y los patronos cuyo monto mensual de planillas no exceda de dos mil colones (¢2,000.00); así como las actividades agropecuarias con planillas mensuales de tres mil colones (¢3,000.00).

De este fondo se toma el 20% para financiar el Régimen no Contributivo de Pensiones por Monto Básico.

Protege a aquellas personas, o grupos de éstas, que padezcan evidente estado de necesidad y que no puedan obtener los beneficios de ninguno de los regímenes contributivos de Pensiones existentes en el país y

siempre que cumplan con los requisitos reglamentarios, así por ejemplo, se destinan a:

- a. personas ancianas con o sin dependientes.
- b. inválidos con o sin dependientes.
- c. Viudas desamparadas con o sin dependientes.

Cuando se inició el Régimen, el 10 de marzo de 1975, las pensiones oscilaban entre ₡210.00 y ₡350.00 mensuales, de acuerdo con el número de dependientes de cada grupo familiar. Las recomendaciones para el otorgamiento de las pensiones se hacían por medio de las Unidades de Trabajo Social y personal calificado de la Caja Costarricense de Seguro Social, como lo fueron los entrevistadores, en vistad del enorme trabajo que en principio representó.

Es interesante señalar que fue el señor Melisandro Chavarría Chavarría, junto con su esposa, señora Bienvenida Pérez Ruiz, de Santa Cruz de Guanacaste, a quienes se les otorgó la primera pensión de este Régimen, a partir del 1o. de abril de 1975, desde luego a partir de esa misma fecha se dieron muchas otras pensiones, siendo la primera, o sea, la número 1, la mencionada.

Posteriormente entre octubre de 1978 y abril de 1979, se nombraron aproximadamente entre 450 a 500 Comités de Distrito a nivel nacional, que se encargaron entonces de las recomendaciones para obtener la pensión.

A partir del 1o. de mayo de 1979 se aumentaron estas pensiones por acuerdo de nuestra Junta Directiva, equivalente a un 42.86%.

Desde octubre de 1980 se paralizó el otorgamiento de nuevas pensiones por razones presupuestarias y es así como a partir del 1o. de junio de 1982, la Junta Directiva no sólo aprobó el otorgamiento de nuevas pensiones, sino que además autorizó un aumento en ellas de un 20%.

Se otorgaron a partir del 1o. de junio de 1982, 600 pensiones nuevas por mes durante tres meses y trescientas por mes, durante el resto del año. En los tres primeros meses se concedieron las 1,800 solicitudes aprobadas que se encontraban pendientes.

La distribución de las mismas se hizo en función de la población marginada de cada Región, de acuerdo con un balance de las pensiones otorgadas, de la siguiente manera:

REGION	PORCENTAJE NUEVAS PENSIONES	No. DE PENSIONES AL MES
Brunca	16%	48
Central Este	24%	72
Central Noroeste	18%	54
Chorotega	27%	81
Huetar Atlántica	10%	30
Huetar Norte	5%	15
	100%	300

El tercer aumento de estas pensiones fue aprobado por la Junta Directiva para que se pagara con el cheque del mes de junio de 1983, equivalente a un 63% de promedio de aumento.

Como dato importante a partir del 1o. de septiembre de 1982 por acuerdo de Junta Directiva, de nuevo las Unidades de Trabajo Social, son las encargadas de recomendar estas pensiones y no los Comités de Distrito, que existían anteriormente.

Posteriormente a partir del 1o. de junio de 1983, se reforma nuevamente el Reglamento respectivo, y los cambios más relevantes son:

- a. Se incluyen como beneficiarias las viudas desamparadas y no las mujeres solas, tal y como se estableció hasta la fecha.
- b. Si las viudas no tienen dependientes a su cargo, deberán ser mayores de 55 años para adquirir derecho.
- c. Los estudios para determinar derechos en este Regimen, se efectuaron por medio de las Trabajadoras Sociales de la Caja, o bien por personal calificado para ello.
- d. Otro aspecto aprobado y de vital importancia es que cuando a la muerte del pensionado quedasen dependientes, si se comprueba que mantiene su estado de necesidad, podrá readecuarse el monto

de la pensión originaria, con el fin de ajustarla a la nueva situación, o bien en los casos de cancelación por otro motivo, también se pueden reasignar dependiendo de la recomendación del estudio que se efectúe.

Consideramos que es muy importante señalar, los beneficios adicionales que se otorgan a estos pensionados, que son:

- a. Asistencia médica general, especial y quirúrgica, servicio de farmacia, asistencia hospitalaria y servicio de odontología, con los requisitos y en las condiciones que establece el Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad.
- b. Asistencia obstétrica.
- c. Pago de traslados y hospedajes.
- d. Ayuda económica o suministro de prótesis y aparatos ortopédicos.
- e. Servicio de óptica.
- f. Cuota de sepelio.
- g. Servicio de rehabilitación físico o mental
- h. Pago de aguinaldo.
- i. Prestaciones sociales.

La Caja ha efectuado “convenios” con diferentes Hogares de Ancianos a nivel nacional, para que todas las pensiones de sus asilados se incluyan en un solo giro a nombre del Hogar, que sirva para la manutención de los ancianos.

Actualmente existen diecinueve Hogares de Ancianos en todo el país incluidos dentro de este programa. Igualmente se han protegido enfermos del Mal de Hansen, que quedaron desamparados, cuando dejó de prestar servicios el Asilo de las Mercedes, así como grupos de indígenas a nivel de todo el país y algunos enfermos del Hospital Nacional Psiquiátrico y del Hospital Raúl Blanco Cervantes, calificados como casos especiales (Hospital de Día), como también de los hospitales San Juan de Dios, Dr. Calderón Guardia, México, Centro Nacional de Rehabilitación y Patronato Nacional de Ciegos.

Se ha dado prioridad también en cuanto al otorgamiento de pensiones se refiere, a las zonas rurales y núcleos urbanos de mayor pobreza, como política de la Institución.

Es importante señalar también, que se efectuó un convenio con el Hogar Luz de la Asociación Aldeas S.O.S. de Niños de Costa Rica, (niños con parálisis cerebral) en los mismos términos de los Hogares de Ancianos.

Asimismo se cubrieron en este Régimen 15 niños portadores de Cáncer, que se encuentran en tratamiento en el Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera.

El número de pensionados a julio de 1983, ascendía a 33.051, que conjuntamente con sus dependientes alcanzaba un número de beneficiarios de 50.167, pagándose un monto mensual de ₡22,224.690.00.

Finalmente consideramos que si analizamos no sólo el aspecto económico, sino todos los beneficios de que gozan estos pensionados, aquí señalados, entre otros, la atención médica-hospitalaria gratuita, aguinaldo y otras prestaciones económicas, concluimos que si bien no se pretende resolver los problemas de un hogar pobre, por lo menos globalmente se trata de una ayuda importante

## **OTROS REGIMENES DE PENSIONES DE COSTA RICA**

La Junta Nacional de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional, en octubre de 1981, mantiene el beneficio de pensión de retiro-jubilación a 6.672 personas y el Departamento Nacional de Pensiones, adscrito al Ministerio de Trabajo, administra la mayoría del resto de los regímenes especiales y en septiembre de 1981, tenían 4,792 beneficiarios pensionados.

El Régimen de Pensiones del Magisterio Nacional, concede pensiones ordinarias y extraordinarias, de la siguiente forma:

Pensiones ordinarias

Tendrán derecho los asegurados que:

1. Completaren 30 años de servicio.

2. Sirviesen 25 años, de los cuales 10 años consecutivos o 15 años alternos fueren en zonas insalubres o incómodas.

3. Habiendo servido por lo menos 10 años en la educación nacional, los asegurados que cumplan 60 años de edad. En este caso la jubilación es obligatoria (de oficio).

#### Pensiones extraordinarias

Se otorgan en los siguientes casos:

1. Incapacidad total o definitiva, luego de, por lo menos 10 años de servicio.

2. Incapacidad permanente a consecuencia de un acto abnegado con riesgo de la vida. Independientemente los años de servicio.

Otros beneficios:

- a. préstamos para vivienda.
- b. préstamos para pequeña industria y empresa familiar.
- c. programas especiales.

Son estos los regímenes de mayor cobertura, no obstante existen otros derivados de diferentes leyes, a saber:

- Poder Judicial
- Municipalidades
- Beneméritos
- Comunicaciones
- De derecho
- De Gracia
- Imprenta Nacional
- Expresidentes de la República
- Hacienda y Asamblea Legislativa
- Ministerio de Obras Públicas
- Registro Público
- Víctimas de Guerra
- Ferrocarril Eléctrico al Pacífico
- Seguridad Pública
- Otros, de menor importancia

NUMERO DE COTIZACIONES MENSUALES PARA  
EFECTOS DE OTORGAMIENTO  
DE PENSIONES DE VEJEZ A PERSONAS  
MAYORES DE 57 AÑOS

Edad	Cotizaciones	Edad	Cotizaciones	Edad	Cotizaciones
57 años	408				
57-1 meses	405	59-9 meses	309	65-5 meses	213
57-2 meses	402	59-10 meses	306	62-6 meses	210
57-3 meses	399	59-11 meses	303	62-7 meses	207
57-4 meses	396	60 años	300	62-8 meses	204
57-5 meses	393	60-1 meses	297	62-9 meses	201
57-6 meses	390	60-2 meses	294	62-10 meses	198
57-7 meses	387	60-3 meses	291	62-11 meses	195
57-8 meses	384	60-4 meses	288	63 años	192
57-9 meses	381	60-5 meses	285	63-1 meses	189
57-10 meses	378	60-6 meses	282	63-2 meses	186
57-11 meses	375	60-7 meses	279	63-3 meses	183
58 años	372	60-8 meses	276	63-4 meses	180
58-1 meses	369	60-9 meses	273	63-5 meses	177
58-2 meses	366	60-10 meses	270	63-6 meses	174
58-3 meses	363	60-11 meses	267	63-7 meses	171
58-4 meses	360	61 años	264	63-8 meses	168
58-5 meses	357	61-1 meses	261	63-9 meses	165
58-6 meses	354	61-2 meses	258	63-10 meses	162
58-7 meses	351	61-3 meses	255	63-11 meses	159
58-8 meses	348	61-4 meses	252	64 años	156
58-9 meses	345	61-5 meses	249	64-1 meses	153
58-10 meses	342	61-6 meses	246	64-2 meses	150
58-11 meses	339	61-7 meses	243	64-3 meses	147
59 años	336	61-8 meses	240	64-4 meses	144
59-1 meses	333	61-9 meses	237	64-5 meses	141
59-2 meses	330	61-10 meses	234	64-6 meses	138
59-3 meses	327	61-11 meses	231	64-7 meses	135
59-4 meses	324	62 años	228	64-8 meses	132
59-5 meses	321	62-1 meses	225	64-9 meses	129
59-6 meses	318	62-2 meses	222	64-10 meses	126
59-7 meses	315	62-3 meses	219	64-11 meses	123
59-8 meses	312	62-4 meses	216	65 años o más	120

**III**

**LA REFORMA DEL ESTADO  
COSTARRICENSE**



### **III**

#### **LA REFORMA DEL ESTADO COSTARRICENSE**

- La Reforma del Estado Costarricense en el Sector Salud
- La Educación y la Seguridad Social



## LA REFORMA DEL ESTADO COSTARRICENSE EN EL SECTOR SALUD

Dr. Elías Jiménez Fonseca

En términos generales, Costa Rica se encuentra en una etapa avanzada de desarrollo social en relación con su ingreso per capita.

Los indicadores, tasas de alfabetismo, tasas de mortalidad infantil, esperanza de vida, cobertura de servicios de salud, estado nutricional de la niñez y condiciones de saneamiento ambiental, colocan a Costa Rica en una posición de liderazgo en América Latina, aun considerando aquellos países que tienen un ingreso per capita similar o mayor.

El país, al igual que otros países latinoamericanos, experimentó una fuerte recesión económica al principio de los ochenta, con sus secuelas posteriores. Al mismo tiempo, el aparato estatal y los programas en ejecución mostraban signos cada vez más evidentes de ineficiencia y de crecimiento burocrático.

Como resultado de dicha crisis, el ritmo del progreso alcanzado en materia de bienestar social se redujo. Algunos indicadores empeoraron y otros disminuyeron su tasa de crecimiento.

Ante la necesidad de combatir la crisis económica, se implantaron los programas de estabilización y ajuste estructural que buscan, entre otros temas, la inserción más profunda de la economía en el comercio internacional, la modernización del sistema financiero y el mejoramiento de la administración del Sector Público. El programa de Ajuste Estructural III (PAE III) busca, además, dentro del mejoramiento de la función pública costarricense, el fortalecimiento de los sectores sociales en equilibrio con el desarrollo económico.

El Sector Salud se constituye en un sector vital dentro de los sectores sociales. La Salud es el mejor indicador de las condiciones de bienestar social, con importantes implicaciones para las actividades de producción.

Se ha demostrado que la Salud, más que simplemente un objeto de gasto, un sector “no productivo”, es sobre todo una condición esencial para que las actividades productivas puedan desarrollarse en un marco de estabilidad y progreso social.

El desarrollo que se necesita exige un nuevo rol del Estado y un cambio en sus relaciones con la sociedad civil. La voluntad política debe conducir a niveles mayores de bienestar social y a la satisfacción de necesidades básicas de la población. Para ello se exige un Estado activo, eficiente y ágil, y por lo tanto un Estado más eficaz en las decisiones de conducción, de orientación y de utilización racional de sus recursos. Se necesita este nuevo Estado para asegurar la cohesión social y asegurar la creación de las condiciones que elevan la productividad y la eficiencia y equidad para garantizar la vigencia de los valores de la democracia, de la participación social y del trabajo.

De conformidad con estos lineamientos que fundamentan el Programa Nacional de Reforma del Estado, programa prioritario del actual Gobierno, se plantea para el Sector Salud un salto cualitativo en la organización y relaciones del Sistema Nacional de Salud.

En este sentido, se está llevando a cabo un proceso de análisis y reflexión acerca de las medidas y acciones que se deben tomar para corregir y mejorar la capacidad operativa de cada una de las instituciones del Sector Salud, el cual está conduciendo al desarrollo de propuestas concretas para introducir modificaciones profundas a la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y sus instituciones, tendientes a redireccionar en forma coherente, el proceso de desarrollo del Sector, mediante la formulación y ejecución del Proyecto de Reforma del Sector Salud.

Los componentes de este proyecto son los siguientes:

### **RECTORIA Y FORTALECIMIENTO DEL MINISTERIO DE SALUD**

Este componente busca fortalecer la función rectora del Ministerio de Salud. De esta manera se contribuirá a garantizar los principios

fundamentales de universalidad de solidaridad en el financiamiento, de integralidad en la prestación de los servicios de salud a las personas y la equidad en el acceso a los mismos.

Busca desarrollar las funciones de Dirección, Coordinación y Conducción, Vigilancia y Planificación de la Salud, Normalización Tecnológico del Ministerio de Salud, necesarios para garantizar su función rectora.

### **READECUACION DEL MODELO DE ATENCION**

El modelo actual de atención de salud requiere ser adaptado a las nuevas exigencias del perfil epidemiológico y composición de la población, por cuanto no responde de manera adecuada al volumen y características epidemiológicas de las demandas de salud. Más aún, si se consideran las proyecciones demográficas y epidemiológicas, que sugieren una agudización del problema.

El componente busca describir y readecuar el modelo de atención vigente. Por otra parte, diseñar la organización, pautas de funcionamiento e identificación de necesidades de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura física e inversiones requeridas, para garantizar su operación.

### **ORGANIZACION Y ADMINISTRACION DE LA CCSS**

Se ha observado que la Caja del Seguro Social está pasando por un proceso en el cual su organización y funcionamiento está condicionada por una serie de factores que limitan en forma significativa su gestión y desarrollo. Más apremiante aún, si se consideran los retos que deberá afrontar en el futuro, al asumir la prestación integral de los servicios de salud, bajo un concepto de Atención Integral a la Salud.

El componente busca identificar en este nuevo contexto, la nueva misión institucional, sus objetivos y sus funciones a nivel central, regional y local.

Para ello será necesario preparar las condiciones para readecuar la

organización con base en la nueva misión y objetivos institucionales, identificando las necesidades de recursos humanos, incentivos, diseño de sistemas administrativos y otros, con el fin de garantizar la transformación de la CCSS a su nueva organización funcional y estructural.

## **FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

La problemática en materia de financiamiento de la salud se ha caracterizado primordialmente por la reducción de los aportes estatales al Sector; un desequilibrio en el financiamiento caracterizado por un recargo en el sector de trabajadores de ingresos medios y bajos; un financiamiento subsidiado para la población de alto ingreso y los patronos; y la ausencia de participación en el financiamiento de un importante sector de la población económicamente activa con capacidad contributiva, entre otros.

Los objetivos del componente buscan lograr el equilibrio financiero del Sistema Nacional Salud. Se busca diseñar un modelo de financiamiento sostenido y sostenible, analizando la factibilidad financiera de que la Caja asuma los Programas de Promoción, Prevención y Detención Precoz de la Enfermedad, Atención y Rehabilitación de la Salud, con un enfoque de Atención Integral, determinando las fuentes de los recursos y su destino, así como los instrumentos jurídicos que garanticen la captación y utilización de los recursos y el control de la evasión, todo lo cual permita brindar una respuesta a los requerimientos de un sistema estable de protección universal e integral.

## **MODALIDADES ALTERNATIVAS DE ORGANIZACION Y ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD**

No es nueva la discusión acerca de la necesidad impostergable de promover un cambio sustancial en el enfoque de atención y organización de los servicios de salud que brindan el Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social. Se ha reconocido que el modelo de atención desarrollado por la CCSS posee un enfoque biologista, con énfasis en los aspectos curativos y atendiendo una demanda generada en forma libre y desorganizada, lo que ha traído como consecuencias elevados costos de

operación, sobreutilización de los servicios e ineficiencia de las acciones.

El componente tiene, como objetivo, realizar una evaluación integral de los diferentes modelos de atención y administración vigentes, con el fin de determinar las ventajas y desventajas comparativas que ofrecen y plantear propuestas concretas de modelos alternativos, que respondan a los objetivos globales del Sistema de Salud.

### **SISTEMA DE INFORMACION SECTORIAL**

La problemática del sector en materia de información es sumamente compleja, multicausal e involucra todas las instancias. La dispersión y desarticulación de los datos a nivel del sector y las características de cantidad, calidad, oportunidad y pertinencia, la convierten en un área susceptible de modificaciones profundas, amén de su importancia estratégica para garantizar el desarrollo del resto de los componentes de reforma del Sector.

El componente pretende superar las limitaciones señaladas, mediante la identificación de las necesidades de información para la adecuada vigilancia de la salud y gestión del sector y sus instituciones, el desarrollo del sistema de información sectorial sobre factores de riesgo, recursos, procesos y resultados, que apoye la toma de decisiones en cada uno de los niveles de atención y administración; y el diseño de sistemas que favorezcan la utilización de la información en los procesos de toma de decisiones a nivel nacional, regional y local.

### **SISTEMA DE ABASTECIMIENTO DE MATERIALES, MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS.**

La crisis económica, la devaluación de la moneda, el aumento en los precios de los productos farmacéuticos, el deterioro de los recursos financieros así como el hecho de que en los últimos años la Caja ha venido asumiendo el financiamiento, adquisición y distribución de los medicamentos y suministros del Ministerio de Salud, ha provocado una presión sobre el presupuesto de operación, y en general, se observan

deficiencias en la organización y funcionamiento del sistema de suministros, así como en la utilización de los medicamentos por parte de los usuarios.

Este componente busca analizar el sistema de financiamiento, adquisición y distribución de los medicamentos, materiales y suministros de la Caja y el Ministerio de Salud, con el fin de proponer políticas, inversiones y capacitación de recursos humanos, que permitan rehabilitar y readecuar el almacén central; determinar la viabilidad de descentralizar el sistema; explorar otras alternativas de administración; determinar la factibilidad de la automatización de sus procesos de información, la instalación de sistemas adecuados de seguridad; y la instalación de sistemas adecuados de destrucción de medicamentos.

## **DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR**

Con el desarrollo de este componente se pretende identificar y organizar la información disponible sobre la oferta académica, en términos de cursos y programas a nivel nacional e internacional, para la capacitación y formación de los recursos humanos en áreas afines a las necesidades globales del Sector Salud; desarrollar metodologías para la identificación de las necesidades cuantitativas y cualitativas de los recursos humanos para el Sector Salud; formular metodologías para el diseño regional y local de proyectos de formación de recursos humanos, para permitir la operación de sistemas de capacitación descentralizados y alternativos; y planificar y programar las actividades de formación y capacitación de los recursos humanos críticos, necesarios para la puesta en marcha del proyecto.

En términos generales, los beneficios de estos componentes del Proyecto en forma integral, materializan los objetivos del Programa de Reforma del Sector Salud y de Reforma del Estado costarricense, ya que apuntan a los ejes fundamentales de ésta como son: racionalización de la distribución y utilización de los recursos, equidad, descentralización, oportunidad y calidad de la atención, lo que permitirá lograr el gran propósito de alcanzar un mejor nivel de salud en la población costarricense.

## **LA EDUCACION Y LA SEGURIDAD SOCIAL**

Dr. Elías Jiménez Fonseca

### **I. LA EDUCACION Y LA SEGURIDAD SOCIAL**

País civilista, sin ejército, donde no hay soldados pero sí maestros, con un siglo de democracia efectiva y en donde la educación es obligatoria por mandato constitucional desde el siglo pasado y ocupa el 4.4% de su producto interno bruto en educación y el 7.3% en salud.

Históricamente, la paz en Costa Rica se ha sostenido en tres fuertes pilares que han sido la educación, la salud y las garantías sociales. Estos tres pivotes, el costarricense los cuida y los defiende, porque comprende que es su garantía para vivir en paz.

Esto ha permitido, al día de hoy, que el 5% del presupuesto nacional se dedique a la seguridad social, que tengamos únicamente un 6% de analfabetismo en la población total, y que el desempleo sólo afecta al 4.5% de la población en edad laboral. No tenemos presupuesto para ejército, porque no tenemos ejército. Nuestros índices de salud son comparables con los de países desarrollados, como lo muestra una mortalidad infantil de 138 por cada mil nacimientos y una esperanza de vida al nacer de 76 años.

Durante la década de los sesenta se produjeron cambios importantísimos en el desarrollo de la seguridad social, que incidieron directa o indirectamente en la educación y la formación de los recursos humanos en el Sector Salud. Entre ellos destacan: la extensión del seguro familiar con lo cual se amplió la cobertura general y se amplían las prestaciones de maternidad, la ruptura de topes de cotización y la universalización, lo que favoreció la medicina institucional.

Paralelamente la CCSS amplía su infraestructura física con la construcción de una red de hospitales y clínicas, proceso que culmina con

la apertura del Hospital México (Centro de especialidades) en 1969.

El mandato universalizador de 1961 ofrecía una amplia legitimación a la expansión de la cobertura de los seguros sociales. Aun cuando este mandato topó, inicialmente, con la oposición de la dirigencia del Seguro, ésta se dio cuenta pronto de lo útil que era como medio para justificar la extensión de las prestaciones. Y realmente hubo una expansión apreciable de la cobertura de los seguros sociales durante la década de 1960. Mientras en 1959 había únicamente 178.480 personas que recibían servicios de salud como asegurados directos o familiares, este número había aumentado a 780,000 en 1969, o sea un aumento de cobertura de un 50%. A fines de los 60 más de 46% de la población total estaba protegida por el Seguro de Enfermedad y Maternidad, mientras que, diez años antes, sólo estaba un 15%. Las extensiones más notables fueron en el campo de atención de la salud a las familias de los trabajadores manuales e intelectuales previamente asegurados. Y, al contrario de lo ocurrido en otras naciones latinoamericanas en las cuales este tipo de cobertura se extendió originalmente a las áreas urbanas, en Costa Rica se ofreció primero a las poblaciones rurales, aun antes de ofrecerla a la mayor de las áreas urbanas de San José.

El dramático aumento ocurrido en la cobertura del seguro social de enfermedad y maternidad durante los años sesenta puede explicarse de la manera siguiente:

La Caja se preocupó mucho más por extender unas prestaciones de salud cuya extensión era un mandato constitucional. Esto se debió, en parte, a la existencia de un liderato más enérgico de parte de la Junta Directiva de la Caja y de la Gerencia misma que, a fines de 1960 sufrió importantes cambios en su personal.

El planteamiento central de este capítulo se hará alrededor de la lucha librada, entre 1969 y 1971, para lograr la eliminación del tope de C. 1,000. Como hemos dicho, a todo lo largo de la historia de los seguros sociales obligatorios, hubo luchas, veladas a veces, violentas en otras ocasiones, sobre la cuestión de los salarios tope. Pero la lucha que describimos en este capítulo fue distinta. Por primera vez en la historia de los seguros sociales costarricenses el tema en discusión fue el de una verdadera redistribución de los ingresos.

De ahí que una amplia gama de grupos tratara de participar en el proceso de las decisiones políticas. Aun cuando los temas eran complejos, es evidente que sus raíces provenían directamente del mandato de 1961 para universalizar los seguros sociales en el país.

## **II. LA MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

Sobre la base de servicios propios nació la medicina de la seguridad social, como una entidad claramente perfilada. La organización de las prestaciones médicas fue gestándose aceleradamente; se incorporaron prácticamente todos los recursos humanos disponibles y hasta comenzaron a establecerse en la institución programas para la formación de técnicos y profesionales en respuesta a demandas específicas.

Se inició la adaptación al entonces llamado Hospital Central de la CCSS, de la inconclusa Casa Cuna, empresa nunca terminada, porque no bien se había logrado una ampliación, de inmediato venían nuevas necesidades. Se construyó en 1968, inicialmente como mecanismo de descentralización, la primera clínica periférica que se llamó "Dr. Moreno Cañas", en lo que entonces se conocía como Kilómetro Uno, constituido por una área muy populosa. De inmediato se siguió con la clínica "Dr. Clorito Picado", en Cinco Esquinas, y en 1966 con la clínica "Dr. Ricardo Jiménez", en Guadalupe; otras clínicas periféricas y dispensarios en áreas rurales sirvieron para complementar la cobertura en campos de demanda específica, tanto en el área urbana como en la rural.

Aunque no había un planteamiento institucional específico a corto plazo, todas las medidas respondían a la satisfacción de demandas inmediatas, incluso los hospitales de caridad comenzaron a tener una actividad creciente, con ingresos económicos en ascenso, proporcionados tanto por las rentas propias derivadas de la actividad nacional, como de la venta de servicios a los asegurados.

Como culminación de este estimulante proceso nació, en 1960, la Escuela de Medicina. Muy limitada en sus inicios, con solamente matrícula de once alumnos, tuvo una fuerte influencia de los grupos médicos más conservadores, que establecieron una estructura académica tradicional, al trasplantar el modelo de matrícula restringida, sugerido por la Universidad de Nueva Orleans. Pero ante las presiones de la

universalización de la seguridad social, en diez años se quintuplicó el ingreso de estudiantes, se incorporó la Escuela de Enfermería a la Facultad de Medicina y también se creó la Escuela de Tecnologías de la Salud.

Finalmente, toda la costosa y compleja organización de los cursos de postgrado que a la fecha representan 32 programas de especialidades médicas, nacieron en los propios campos clínicos y con el soporte económico de la seguridad social. Un año antes de cumplirse el plazo dado para la universalización, es decir, en 1970, se tomó la decisión política de hacerla una realidad. Varios hechos de gran significancia ocurrieron en los tres años subsiguientes.

Complementariamente a ese proceso de expansión, en el año 1973 se traspasaron a la CCSS los hospitales nacionales administrados por Juntas de Protección Social y financiados con rentas de la Lotería Nacional.

Ante este nuevo reto, la Institución debía enfrentar otro no menos trascendente, el de la formación y capacitación de los recursos humanos.

Se crea entonces el Centro de Docencia e Investigación, que inicia funciones en mayo de 1974. Este experimenta dos reestructuraciones (octubre de 1982 y febrero 1990), para constituir el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), como órgano rector de la formación, capacitación e investigación en la CCSS.

### **III. CENTRO DE DESARROLLO ESTRATEGICO E INFORMACION EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (CENDEISSS)**

#### **1. Objetivos generales**

- 1.1 Definir las prioridades institucionales referentes al fomento de la salud y la formación de los recursos humanos, en aplicación de las políticas institucionales y del sector, dentro del marco de la seguridad social, con un enfoque estratégico.

- 1.2 Promover el desarrollo de los recursos humanos de la institución dentro del marco del sector salud, considerando la calidad de la prestación de los servicios por medio de un plan de desarrollo estratégico integral.
- 1.3 Desarrollar el Area de Salud mediante planteamientos debidamente priorizados en cuanto a políticas, planes y programas institucionales de servicios de salud, incorporando aquellas variables que acrediten ser más eficaces y eficientes en relación con nuevos enfoques en salud y seguridad social.
- 1.4 Contribuir a la difusión del conocimiento de la doctrina de la seguridad social, así como propiciar al estudio, filosofía y principios, tanto en el ámbito institucional como del Sector. Participar en el análisis del desarrollo institucional en cuanto a la aplicación técnica, y fomentar el fortalecimiento de la mística por la institución y un mejor servicio a la población.
2. Objetivos específicos
  - 2.1 Apoyar la organización y el desarrollo de acciones que propendan al logro de los objetivos y planes, ya sean propuestos por la organización o señalados por la demanda, según las prioridades establecidas y de acuerdo con el criterio de optimización de los recursos disponibles.
  - 2.2 Desarrollar el componente educativo para la formación y capacitación del recurso humano de la Caja Costarricense de Seguro Social, desde una perspectiva científico-técnica, mediante programas innovadores concordantes con las prioridades, institucionales y del Sector.
  - 2.3 Contribuir al desarrollo del conocimiento científico para su aplicación en los campos de la salud y la seguridad social, según la política institucional, mediante la emisión de lineamientos y el procesamiento oportuno y técnicamente adecuado de la información respectiva.

- 2.4 Favorecer el desarrollo del conocimiento y la tecnología por medio de la promoción, motivación y ejecución de la investigación en los diversos campos del quehacer institucional.
- 2.5 Contribuir al logro de los objetivos y metas del Centro, mediante una administración de los recursos disponibles en forma eficiente y eficaz.

El decenio de los 80 se caracteriza por “La integración de servicios entre el Ministerio de Salud y la Seguridad Social”, mediante un convenio de integración firmado en octubre de 1984, lo que ha permitido un adecuado desarrollo de los sistemas locales de salud. En este período se aumenta la cobertura a un 93.59% de la población.

Remontémonos de nuevo a 1974, con el nacimiento del Centro Nacional de Docencia e Investigación. En aquel momento, repito, la seguridad social tenía que responder a un mandato constitucional de universalización de sus servicios y, aunque tarde, se propuso impulsar con todo entusiasmo la formación y capacitación de los recursos humanos con énfasis en el campo médico asistencial, en vista de que la atención médica era el mecanismo de respuesta inmediato del aumento de cobertura.

Se firma un convenio con la Universidad de Costa Rica para la formación de especialistas en el área médica. Así la Universidad de Costa Rica asume la responsabilidad académica, mediante el Sistema de Estudios de Posgrado, y la seguridad social aporta sus instalaciones y recursos, por medio del Centro de Docencia e Investigación. Vale decir, que éste es el único lugar donde se forman especialistas médicos universitarios en todo el país.

Este compromiso de ayuda mutua nos ha permitido graduar, a hoy, 1491 especialistas nacionales (70.07% del total de especialistas en el país) y 134 especialistas extranjeros, en 39 posgrados médico-quirúrgicos. En este momento tenemos un total de 321 residentes nacionales y de 96 extranjeros en formación.

El programa de formación de especialistas ha permitido que Costa Rica, que cuenta con 3.218 médicos (1 por cada 952 habitantes), 2.128 sean

especialistas (53,66%) y del total de médicos 2,424 laboran con la seguridad social, lo que da un porcentaje de 61.12. El resto labora en algunos modelos de atención anexos a la seguridad social como son Medicina Mixta, Medicina de Empresa, Cooperativas y otros también trabajan en el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Seguros.

En el proceso de desarrollo de la seguridad social en Costa Rica, el gremio médico ha pagado un alto precio, pues, al socializarse la medicina y ser la salud un derecho del ciudadano bajo responsabilidad directa del Estado, la medicina privada casi ha desaparecido. Las estadísticas actuales muestran que únicamente un 5% de los médicos nacionales cuentan con ingresos de medicina privada, que les permite vivir con decoro, sin necesidad de prestar servicios a la seguridad social.

Debo aclarar que la contratación con la seguridad social no hace obligante la renuncia del ejercicio privado, pero la realidad es clara en el sentido de que, de las 6,379 camas hospitalarias con que cuenta el país con sus 29 hospitales de la seguridad social, únicamente existen en todo el territorio nacional 4 clínicas privadas, cuyas camas en total suman 141; o sea, el 2.21% de las camas de atención del Estado.

En el campo de la salud, la Caja Costarricense de Seguro Social tiene vigentes, al momento, 63 convenios con universidades nacionales y extranjeras que le permiten montar un andamiaje académico de gran calidad en la formación de sus recursos humanos.

En la XXXV reunión del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, celebrada en Brasil, Costa Rica presentó una moción que recibió la aprobación de la Comisión Americana Médico Social, en el sentido de recomendar que las instituciones de seguridad social y/o gubernamentales empleadoras de médicos, establezcan estrechos vínculos con las instituciones formadoras de este recurso, y en esta forma, adapten los currícula a una realidad más clara y acorde con las necesidades sanitarias del país.

Nuestra institución ya ha incursionado en este sentido: recientemente se celebró una reunión en la que las altas autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social y de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica dialogaron sobre el perfil de formación que debe tener el médico que

egresa de una Escuela de Medicina Costarricense.

En el campo de la formación de postgrado, desafortunadamente este proceso se llevó a cabo, durante muchos años, sin una verdadera política estratégica, y la admisión de residente tendió, principalmente, a cubrir las necesidades asistenciales de los servicios. Es lógico el resultado en el sentido de que hay especialidades que tienen más profesionales y otras tienen menos de lo que el país necesita. Esto causa detrimento en la atención, y frustración en los jóvenes especialistas, quienes no encuentran una respuesta en la institución empleadora en el campo de su especialidad.

Afortunadamente, a partir de 1990, se hizo un diagnóstico de situación y se plantearon las necesidades de formación hasta el año 2000 y, en este momento, las plazas para residentes se ofrecen garantizando la ocupación, en la Caja, del futuro especialista. Esto es factible, por haber un sistema único de salud en el país.

Podemos concluir, entonces, que la seguridad social en Costa Rica tiene un enorme compromiso con la educación médica, sobre todo en el nivel de posgrado. Este compromiso se cumple claramente con el aporte de sus instalaciones y recursos financieros para tal propósito, así como son su participación en el desarrollo de la estrategia para formar los especialistas que realmente necesita el país y cuyos currícula se adaptan a la realidad que marca el Sistema Nacional de Salud. También se ha iniciado una real colaboración en la formación de médicos, mediante conversaciones con la principal Escuela de Medicina, para lograr que su perfil profesiográfico sea acorde con el sistema de salud que encontrará al graduarse.

#### **IV. CAPACITACION Y FORMACION EN SEGURIDAD SOCIAL**

Los dirigentes políticos de Costa Rica en todas las épocas, partiendo de don Jesús Jiménez, Presidente de la República, quien hace más de un siglo declaró la enseñanza pública, obligatoria y costeadada por el Estado, han fortalecido el sistema educativo.

Hoy, al cumplirse 51 años de vida institucional, la Caja Costarricense de Seguro Social, de cara al próximo milenio, debe enfrentar el desafío del

cambio organizacional, que permita no sólo cumplir con los postulados y objetivos que inspiraron su creación, sino, además, responder y garantizar que sus prestaciones se otorgarán bajo criterios de eficiencia, eficacia, equidad, oportunidad, calidad y sentido humanista.

Para lograr este cambio en forma integral, estamos convencidos que la mejor vía es la formación de los funcionarios y la educación de los beneficiarios de la seguridad social.

Ya hemos iniciado el proceso de la capacitación de maestros a nivel interno y un programa externo en coordinación con el Ministerio de Educación Pública.

El proyecto será desarrollado en tres etapas:

- a) Educación a escolares.
- b) Educación a estudiantes de enseñanza media.
- c) Incorporación de la materia en el curriculum de las carreras universitarias del área de las ciencias sociales y de la salud.

## **ESTRATEGIA**

Para cumplir las dos primeras fases, se integrará el tema de seguridad social en el programa de estudios sociales del sistema educativo formal, bajo el siguiente plan:

## **ENFOQUE DE LA ASIGNATURA**

### **A) Objeto del Estudio**

El plan de estudios para I, II, III Ciclos y Educación Diversificada del sistema educativo costarricense, contempla los estudios sociales como una asignatura cuya función debe ser, en conjunto con las otras asignaturas del plan de estudios, dirigir en el proceso de enseñanza y aprendizaje la formación de un tipo de persona con los conocimientos, actitudes, valores, habilidades y destrezas necesarias para vivir en una sociedad democrática. Es decir, un ser humano que sea capaz de responder, por

su formación, a las expectativas de desarrollo socioeconómico y político que la sociedad le demande.

La asignatura “Estudios Sociales” se centra en un análisis del ser humano en un interacción con el medio físico y social en que se desenvuelve y en la formación de un individuo más creativo, crítico y comprometido con la solución de los problemas que aquejan a la sociedad costarricense.

Los estudios sociales deben contribuir a la formación integral del individuo, fomentando el respeto hacia todas las personas que le rodean, en especial la familia, los compañeros de trabajo y ancianos. En esa misma medida debe estimular el respeto y la valoración hacia las funciones del docente, profesional encargado de guiar y desarrollar las potencialidades físicas, mentales y emocionales de los educandos. Lo anterior conduce necesariamente a reforzar los valores de tolerancia, solidaridad, paz y el espíritu civilista.

## B) Conceptualización

Uno de los propósitos fundamentales de los estudios sociales es el rescate y el fortalecimiento de los valores cívicos, así como el análisis de los procesos históricos y geográficos que caracterizan a la comunidad local, nacional y universal. Para que el costarricense valore la realidad en que se desenvuelve y encuentra respuestas y soluciones a los problemas que la sociedad actual le plantea, el estudio de nuestras raíces históricas, las luchas y los aportes que nuestros antepasados nos legaron, se convierten en ejemplo fundamental de referencia. Asimismo, la formación histórica del ser humano, debe preservar la herencia cultural, base de nuestra identidad nacional, lo cual nos convierte en un pueblo orgulloso de su pasado histórico. Como parte de esta valoración la asignatura desarrolla el conocimiento de las instituciones político-administrativas que caracterizan al Estado Costarricense y la probidad de quienes ejercen el poder político, lo que propicia el ejercicio permanente de la vida democrática, entendida ésta como manifestación de libertad, respeto a la dignidad humana, responsabilidad, consenso, cooperación, solidaridad, justicia, paz y bien común.

Los estudios sociales constituyen un medio de investigación y análisis para estimular la reflexión y el desarrollo de una actitud crítica y creativa en los educandos, esto con el fin de lograr el desarrollo de un individuo capaz de aplicar sus conocimientos a la realidad y, por ende, plantear soluciones a sus problemas y a los de la sociedad.



IV

**CUADROS ESTADISTICOS**



**INDICADORES DE SEGURIDAD  
SOCIAL CAJA COSTARRICENSE  
DE SEGURO  
SOCIAL 1988 - 1992**



**SECCION I**

**COBERTURA DE LOS SEGUROS  
SOCIALES**



**COBERTURA:  
SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD**

INDICADOR	1988	1989	1990	1991	1992
<b>POBLACION TOTAL</b>					
Cobertura de las prestaciones (%):	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Cobertura contributiva (%)	81.64	82.92	83.68	83.41	84.48
Población nacional según condición de aseguramiento (%):	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Asegurados directos activos Cuenta del Estado y sus familiares	23.50	23.87	23.93	23.78	24.83
Pensionados	9.72	9.59	9.88	9.86	9.43
Familiares	4.14	4.38	4.59	4.70	4.79
No asegurados	44.28	45.07	45.28	45.07	45.43
	18.36	17.08	16.32	16.59	15.52
<b>POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA (PEA)</b>					
Cobertura de la PEA total (%)	65.93	66.69	66.59	65.71	68.15
Cobertura de la PEA asalariada (%) (1)	69.78	70.89	74.82	70.27	71.00
Cobertura de la PEA no asalariada (%) (1)	70.36	68.46	70.11	66.02	71.18

NOTA: Cifras de cobertura a junio de cada año.

(1) No incluye la PEA no remunerada ni la que busca trabajo por primera vez.

**COBERTURA:  
SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE**

INDICADOR	1988	1989	1990	1991	1992
<b>POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA (PEA):</b>					
Cobertura de la PEA total (%)	44,82	45,78	45,86	45,49	46,94
Cobertura de la PEA asalariada (%) (1)	62,21	63,73	67,40	63,59	63,76
Cobertura de la PEA no asalariada (%) (1)	2,81	2,52	3,55	3,52	3,70
<b>PENSIONADOS:</b>					
Relación pensionados/cotizantes (%)	11,44	11,92	12,52	13,13	13,67
Pensionados vejez/poblac. 60 y más (%)	8,91	9,63	10,55	11,25	12,22
Pensionados vejez/poblac. 65 y más (%)	13,44	14,49	15,91	16,91	18,31
Pensionados segun riesgo (%):	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Invalidez	34,39	34,87	34,41	33,90	33,31
Vejez	30,44	31,25	32,53	33,71	34,36
Muerte	35,17	33,88	33,05	32,40	32,33

NOTA: Cifras de cobertura a junio de cada año

(1) No incluye la PEA no remunerada ni la que busca trabajo por primera vez.

**SECCION II**

**PRESTACIONES DE LOS  
SEGUROS SOCIALES**



**PRESTACIONES:  
SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE**

INDICADOR	1988	1989	1990	1991	1992
<b>PENSIONES</b>					
Pensión según riesgo (%):	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Invalidez	39,24	39,30	38,40	37,72	32,93
Vejez	34,73	35,22	36,31	37,50	33,97
Muerte	26,03	25,48	25,29	24,79	33,10
Crecimiento Anual en el número de pensionados según riesgo (%):	12,70	11,09	9,59	7,64	24,71
Invalidez	11,84	11,27	7,08	5,72	8,90
Vejez	15,89	12,65	12,97	11,19	12,97
Muerte	9,95	8,72	8,80	5,48	66,53
Nuevas pensiones anuales según riesgo (%):	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Invalidez	41,97	36,63	32,56	33,01	33,69
Vejez	39,61	42,51	46,06	45,75	36,36
Muerte	18,43	20,87	21,38	21,25	29,94
Monto promedio mensual de pensión según riesgo (en colones): (1)	7754.49	8454.03	10191.91	13251.73	15531.80
Invalidez	6602.77	7195.50	8486.31	10992.93	12938.43
Vejez	10289.49	11218.16	13596.65	17494.81	20177.58
Muerte	6108.37	6574.53	7894.36	10269.13	12144.90
Monto promedio de pensión real según riesgo (colones de 1975): (2)	672.64	667.04	631.93	655.67	656.99
Invalidez	572.73	567.74	526.18	543.91	547.29
Vejez	892.53	885.14	843.04	865.60	853.51
Muerte	529.85	518.75	489.48	508.09	513.73
Pensión promedio como porcentaje del salario promedio de cotizantes de I.V.M. (3)	48.61	42.30	43.48	46.45	44.84

(1) Calculado como el cociente gasto en pensiones / casos a junio

(2) Para deflatar se utilizó el índice de precios al consumidor a diciembre

(3) Se utiliza el salario promedio al mes de junio

**PRESTACIONES:  
SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD**

INDICADOR	1988	1989	1990	1991	1992
<b>GASTOS EN PRESTACIONES:</b>					
Gastos en prestaciones según su naturaleza (%)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Prestaciones es especie	91,34	92,98	92,28	92,41	91,25
Prestaciones en dinero	8,66	7,02	7,72	7,59	8,75
Gastos en prestaciones como porcentaje del total de gastos:	89,65	89,59	88,93	90,68	90,09
Prestaciones en especie	81,89	83,30	82,06	83,80	82,20
Prestaciones en dinero	7,76	6,29	6,87	6,88	7,89
Gastos en prestaciones como porcentaje del PIB:	4,35	4,91	5,11	4,94	4,79
Prestaciones en especie	3,98	4,56	4,72	4,56	4,37
Prestaciones en dinero	0,38	0,34	0,40	0,38	0,42
Gastos per cápita en prestaciones: (1)	5293,78	7071,81	8815,05	10960,08	13208,08
Prestaciones en especie (1)	4835,56	6575,27	8134,17	10128,01	12051,72
Prestaciones en dinero (2)	1949,98	2080,13	2844,88	3498,29	4656,53

(1) Gastos por habitante (en colones).

(2) Gastos por asegurado directo activo (en colones).

**PRESTACIONES:  
SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD**

INDICADOR	1988	1989	1990	1991	1992
<b>UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD:</b>					
Consultas según tipo (%):	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Externas:	82.66	81.61	81.09	80.26	79.69
Médicas:	72.50	71.23	70.75	70.15	69.33
Medicina general	46.51	44.22	44.09	43.60	42.76
Especialidades	25.99	27.01	26.66	26.55	26.57
Odontológicas	7.33	7.69	7.86	7.59	7.72
Otras especialidades	2.83	2.70	2.48	2.53	2.64
Urgencias	17.34	18.39	18.91	19.74	20.31
Consultas por habitante:	2,80	2,74	2,71	2,75	2,78
Externas:	2,31	2,24	2,20	2,21	2,21
Médicas:	2,03	1,96	1,92	1,93	1,93
Medicina general	1,30	1,21	1,19	1,20	1,19
Especialidades	0,73	0,74	0,72	0,73	0,74
Odontológicas	0,21	0,21	0,21	0,21	0,21
Otras especialidades	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07
Urgencias	0,49	0,51	0,51	0,54	0,56
Consultas externas por hora contratada:	3,73	3,65	3,55	3,53	3,52
Médicas	4,05	3,96	3,82	3,81	3,79
Odontológicas	2,39	2,43	2,46	2,42	2,47
Otra especialidades	2,38	2,23	2,14	2,13	2,15
Promedio de consultas externas por consultante: (1)	3,06	3,07	3,02	3,07	2,97
Médicas	3,09	3,11	3,05	3,11	2,99
Odontológicas	2,85	2,74	2,75	2,67	2,69
Otra especialidades	2,94	3,00	3,18	3,46	3,19

**PRESTACIONES:  
SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD**

INDICADOR	1988	1989	1990	1991	1992
<b>UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD:</b>					
(...continuación)					
Egresos hospitalarios por 100 habitantes	10,45	10,28	9,59	9,31	9,35
Egresos hospital según servicio:	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Medicina	14,58	14,30	13,95	13,33	13,15
Ginecobstetricia	40,81	41,50	42,22	41,85	41,17
Pediatria (1)	18,98	18,78	18,96	19,05	19,41
Cirugía	21,19	21,02	20,75	21,55	22,05
Pensión (pago directo)	1,32	1,35	1,12	1,30	1,40
Cuidados intensivos	0,16	0,17	0,19	0,20	0,21
Crónicos (2)	2,96	2,87	2,82	2,72	2,61
Estancia hospitalaria promedio según servicio (días):	6,31	6,18	6,01	6,12	6,44
Medicina	9,37	9,10	9,39	9,46	9,46
Ginecobstetricia	2,46	2,41	2,35	2,31	2,31
Pediatria (1)	4,58	4,51	4,53	4,39	4,23
Cirugía	6,42	6,21	6,43	6,40	6,53
Pensión (pago directo)	3,04	2,85	2,89	2,72	2,55
Cuidados intensivos	9,67	9,98	11,32	9,65	8,77
Crónicos (2)	55,91	58,22	51,95	59,62	73,80
Indice de ocupación de camas hospitalarias según servicio (%):	78,42	78,88	76,76	78,20	80,81
Medicina	84,95	84,51	82,31	85,20	85,02
Ginecobstetricia	78,45	80,78	78,36	80,23	78,69
Pediatria (1)	69,47	72,83	72,73	73,64	76,27
Cirugía	73,41	73,38	73,15	76,88	82,12
Pensión (pago directo)	51,02	49,75	42,80	43,81	45,12
Cuidados intensivos	72,18	77,44	76,77	70,31	71,52
Crónicos (2)	84,10	82,58	77,99	76,91	81,95
Giro de camas hospitalarias según servicio:	44,58	45,99	44,50	45,35	47,83
Medicina	32,78	33,23	31,30	31,63	31,75
Ginecobstetricia	117,92	121,73	121,71	120,37	119,67
Pediatria (1)	55,27	58,31	57,67	61,04	64,20
Cirugía	42,46	43,96	41,74	43,43	45,08
Pensión (pago directo)	62,79	67,18	60,22	63,54	68,33
Cuidados intensivos	15,57	14,00	13,85	12,98	14,35
Crónicos (2)	5,12	5,04	4,72	4,59	5,16

(1) Incluye Cirugía de Niños.

(2) Comprende Psiquiatría, Geriatria y Rehabilitación.

**PRESTACIONES:  
SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD**

INDICADOR	1988	1989	1990	1991	1992
<b>PRODUCCION DE SERVICIOS DE APOYO</b>					
Medicamentos prescritos por caso atendido:					
Promedio por egreso hospitalario	6,82	6.60	6.57	7.08	7,66
Promedio por consulta externa (1)	2,34	2.39	2.43	2,48	2,50
Promedio por consulta de urgencias	1,74	1,74	1,74	1,69	1,65
Exámenes de laboratorio clínico por caso atendido:					
Promedio por egreso hospitalario	14,23	14,96	15,80	17,91	18,63
Promedio por consulta externa (1)	1,01	1,10	1,15	1,15	1,24
Promedio por consulta de urgencias	0,70	0,72	0,87	0,81	0,77

(1) No incluye Medicina Mixta ni Médico de Empresa

**PRESTACIONES:  
SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD**

INDICADOR	1988	1989	1990	1991	1992
<b>CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>					
Tasa de mortalidad hospitalaria por 100 egresados:	1,67	1,72	1,81	1,84	1,80
Medicina	6,04	6,41	6,94	7,23	7,19
Ginecobstetricia	0,02	0,03	0,03	0,02	0,03
Pediatria (1)	1,34	1,15	1,25	1,29	1,16
Cirugia	1,36	1,48	1,55	1,63	1,51
Pensión (pago directo)	1,06	0,95	1,20	0,53	0,70
Cuidados intensivos	85,44	84,75	75,63	75,68	80,06
Crónicos (2)	3,23	3,64	4,15	4,06	3,97
Consultas externas médicas por egreso hospitalario (3)	19,41	19,02	19,97	20,71	20,59
Indice de autopsias por cada 100 defunciones hospitalarias	27,88	26,25	22,97	19,07	25,50
Estancia pre-operatoria media (días)	1,63	1,57	1,58	1,59	1,58
Tasa de mortalidad post-operatoria por cada 100 operaciones	0,38	0,38	0,35	0,42	0,38
Tasa de mortalidad materna hospitalaria por 1000 egresos (4)	0,07	0,04	0,11	0,07	0,07
Tasa de mortalidad fetal hospitalaria (%): (5)	10,97	10,60	10,28	10,57	10,80
Consultas prenatal por parto	2,23	2,19	2,28	2,28	2,41
Indice de cesáreas por cada 100 partos atendidos	19,40	19,53	19,52	19,84	20,88

(1) Incluye Cirugía de Niños.

(2) Comprende Psiquiatría, Geriatria y Rehabilitación.

(3) No incluye las consultas de Medicina Mixta ni Médico de Empresa

(4) Por cada 1000 egresos del servicio de Ginecobstetricia

(5) Tasa por cada 100 nacimientos más defunciones fetales

**PRESTACIONES:  
SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD**

INDICADOR	1988	1989	1990	1991	1992
<b>INCAPACIDADES LABORALES TEMPORALES</b>					
Incapacidades por asegurado directo activo:	0,62	0,61	0,64	0,66	0,65
Enfermedad	0,60	0,59	0,61	0,64	0,63
Maternidad (1)	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07
Días de incapacidad por asegurado directo activo:	6,14	5,59	5,81	5,96	5,96
Enfermedad	4,39	3,84	4,11	4,27	4,35
Maternidad (1)	5,75	5,33	5,19	5,47	5,33
Días de incapacidad por caso:	9,90	9,17	9,14	9,01	9,19
Enfermedad	7,36	6,53	6,71	6,67	6,92
Maternidad (1)	73,43	82,46	75,60	82,69	79,12

(1) Índice por asegurada directa activa

**PRESTACIONES:  
SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE**

INDICADOR	1988	1989	1990	1991	1992
<b>GASTOS EN PRESTACIONES:</b>					
Gastos en prestaciones según su naturaleza (%):	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
En especie (serv. de salud):	10.24	10.20	10.21	10.19	10.22
En dinero (pensiones)	89.76	89.80	89.79	89.91	89.78
Gastos en prestaciones como porcentaje del total de gastos:	94.20	93.50	94.32	94.08	94.29
En especie (serv. de salud):	9.65	9.54	9.63	9.59	9.63
En dinero (pensionados):	84.55	83.96	84.69	84.50	84.65
Gastos en prestaciones como porcentaje de PIB:	1.63	1.70	1.82	1.82	1.79
En especie (serv. de salud)	0.17	0.17	0.19	0.19	0.18
En dinero (pensiones)	1.46	1.52	1.63	1.63	1.61
Gasto en prestaciones por asegurado directo activo (colones):	12379.61	14929.28	19028.21	24478.90	28939.67
En especie (serv. de salud)	1268.14	1523.47	1942.93	2494.28	2957.23
En dinero (pensiones):	11111.48	13405.81	17085.28	21984.62	25982.43

**SECCION III**

**ECONOMIA Y FINANZAS DE LOS  
SEGUROS SOCIALES**



**ECONOMIA Y FINANZAS  
SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD**

INDICADOR	1988	1989	1990	1991	1992
<b>INGRESOS</b>					
Estructura relativa de los ingresos (%):	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Cuotas patronales	46,19	45,91	46,20	45,22	46,00
Cuotas obreras (1)	30,14	29,50	30,86	29,39	31,23
Serv. médicos a pensionados	6,16	6,21	6,47	6,41	6,51
Programa a cargo del Estado	8,14	8,14	7,78	10,29	8,45
Cuota Estado como tal	1,50	1,41	1,51	1,40	1,39
Intereses y otros	7,87	8,82	7,17	7,30	4,20
Ingresos como porcentaje del PIB	6,09	6,34	6,63	6,38	6,30
Ingresos efectivos como porcentaje del PIB (2)	5,51	5,65	5,90	5,26	5,63
Ingresos por contribuciones como porcentaje del Ingreso Nacional disponible (IND) (3)	6,05	6,25	6,48	6,13	6,11
Ingresos por habitante (colones)	7406,60	9143,29	11428,09	14151,71	17370,07
Ingresos por asegurado (colones)	9072,32	11027,22	13657,34	16967,13	20561,20
Ingresos por cuotas obreras por asegurado directo activo (colones)	9498,46	11300,69	14735,32	17485,60	21843,66
Ingresos por cuotas como porcentaje de la mesa salarial (4)	16,16	15,69	17,11	16,93	16,04
Faltantes en contribuciones como porcentaje de los ingresos reglamentarios	9,58	10,86	10,96	17,48	10,61
Faltantes en contribuciones como porcentaje de los gastos totales	12,02	12,58	12,64	20,46	12,57
Masa salarial como porc. del PIB (4)	31,65	33,58	32,94	31,05	33,42

(1) Incluye las contribuciones de los asegurados por cuenta propia

(2) El término "ingresos efectivos" se refiere a que los ingresos son netos de faltantes en contribuciones

(3) Los ingresos por contribuciones incluyen los aportes de los pensionados y de los programas con financiamiento a cargo del estado

(4) Se utiliza la masa salarial a junio multiplicada por doce

**ECONOMIA Y FINANZAS:  
SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD**

INDICADOR	1988	1989	1990	1991	1992
<b>GASTOS</b>					
Estructura de los gastos según su naturaleza (%):	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Prestaciones en especie	81,89	83,30	82,06	83,80	82,20
Prestaciones en dinero	7,76	6,29	6,87	6,88	7,89
Gastos administrativos	3,73	3,81	3,14	3,81	3,87
Otros gastos	6,63	6,60	7,93	5,51	6,04
Estructura de los gastos según su objeto (%):	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Servicios personales	62,06	62,92	61,59	62,44	60,40
Servicios no personales	5,31	5,26	6,46	6,91	6,10
Materiales y suministros	20,19	20,63	20,06	20,39	21,63
Otros (2)	12,44	11,18	11,88	10,27	11,87
Gastos del Programa de Servicios Médicos según su objeto (%):	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Servicios personales	64,12	65,59	64,37	64,05	61,91
Servicios no personales	4,12	3,98	4,65	4,82	5,01
Materiales y suministros	21,03	20,14	20,15	20,53	21,33
Otros (2)	10,73	10,29	10,83	10,60	11,74
Gastos como porcentaje de la masa salarial (aseg. directos activos)	15,34	16,31	17,45	17,54	15,90
Gastos como porcentaje del PIB	4,86	5,48	5,75	5,45	5,32
Gasto por habitante (colones)	5905,27	7893,18	9912,38	12086,41	14660,93
Gasto por asegurado (colones)	7233,34	9519,53	11845,97	14490,95	17354,35

(1) Incluye aportes y contribuciones

(2) Incluye prestaciones en dinero

(3) Incluye asegurados familiares y por cuenta del estado

**ECONOMIA Y FINANZAS:  
SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD**

INDICADOR	1988	1989	1990	1991	1992
<b>SUPERAVIT (DEFICIT):</b>					
Superávit (déficit) como porcentaje de los ingresos	20,27	13,67	13,26	14,59	15,60
Superávit (déficit) como porcentaje de los gastos	25,42	15,84	15,29	17,09	18,48
Superávit (déficit) efectivo como porcentaje de los ingresos fijos (1)	11,82	3,16	2,58	-3,49	5,58
Superávit (déficit) efectivo como porcentaje de los gastos (1)	13,41	3,26	2,65	-3,38	5,91
Superávit (déficit) como porcentaje del PIB	1,23	0,87	0,88	0,95	0,98

(1) El término "efectivo" se refiere a que los ingresos son netos de faltantes en contribuciones

**ECONOMIA Y FINANZAS:  
SEGURO DE INVALIDEZ VEJEZ Y MUERTE**

INDICADOR	1988	1989	1990	1991	1992
<b>INGRESOS:</b>					
Estructura de los ingresos (%):	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Cuotas patronales	41,49	42,48	40,83	37,57	42,73
Cuotas obreras (1)	22,45	22,94	22,79	21,56	22,68
Cuota Estado como tal	2,24	2,30	2,36	2,15	2,30
Intereses	32,93	31,52	33,12	35,89	31,78
Otros	0,90	0,77	0,90	0,70	0,52
Ingresos como porcentaje de la mesa salarial (2)	11,62	11,08	12,18	12,50	11,83
Ingresos como porcentaje del PIB	2,92	3,02	3,28	3,17	3,05
Ingresos por contribuciones como Disponible (IND)	2,09	2,21	2,28	2,02	2,14
Ingresos efectivos como porcentaje del PIB	2,83	2,89	3,16	3,05	2,92
Ingresos por cuotas obreras por asegurado directo activo	4993,55	6093,62	7810,03	9221,62	11149,16
Faltantes en contribuciones como porcentaje de los ingresos reglamentarios	3,06	4,14	3,41	3,89	4,29
Faltantes en contribuciones como porcentaje de los gastos	5,17	6,89	5,80	6,40	6,87

(1) Incluye las contribuciones de los asegurados por cuenta propia.

(2) Se utiliza la masa salarial a junio multiplicada por doce

**ECONOMIA Y FINANZAS:  
SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE**

INDICADOR	1988	1989	1990	1991	1992
<b>SUPERAVIT (DEFICIT):</b>					
Superávit (déficit) como porcentaje de los ingresos	40,91	39,891	41,13	39,18	37,57
Superávit (déficit) como porcentaje de los gastos	69,24	66,36	69,87	64,42	60,18
Superávit (déficit) efectivo como porcentaje de los ingresos efectivos (1)	39,05	37,29	39,05	36,72	34,77
Superávit (déficit) efectivo como porcentaje de los gastos (1)	39,05	37,29	39,05	36,72	34,77
Superávit (déficit) como porcentaje de la reserva a inicio de año	22,63	22,65	24,45	23,91	22,25
Superávit (déficit) como porcentaje del PIB	1,20	1,20	1,35	1,24	1,15

(1) El término "efectivo" se refiere a que los ingresos son netos de faltantes en contribuciones



**SECCION IV**

**RECURSOS DE LOS SEGUROS SOCIALES**



**RECURSOS:  
SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD**

INDICADOR	1988	1989	1990	1991	1992
<b>RECURSOS HUMANOS</b>					
Empleados de la CCSS según grupo ocupacional %	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Servicios de salud:	50,35	49,59	49,78	50,25	51,00
Profesionales	18,27	17,97	18,16	18,75	19,27
Técnicos y auxiliares	32,09	31,62	31,63	31,50	31,74
Servicios generales	27,08	27,26	27,12	26,58	25,85
Administrativos	22,57	23,15	23,09	23,17	23,15
Crecimiento en el número de empleados CCSS según gpo ocupacional (%)	2,19	3,61	1,67	-0,99	2,29
Servicios de salud:	3,14	2,03	2,07	-0,02	3,83
Profesionales	5,18	1,90	2,74	2,26	5,10
Técnicos y auxiliares	1,98	2,11	1,69	-1,38	3,05
Servicios generales	-1,29	4,30	1,17	-2,99	-0,51
Administrativos	4,51	6,30	1,41	-0,65	2,19
Empleados de la CCSS por 1000 habitantes:	8,53	8,61	8,53	8,24	8,22
Servicios de Salud	4,30	4,27	4,24	4,14	4,19
Profesionales	1,56	1,55	1,55	1,54	1,59
Técnicos y auxiliares	2,74	2,72	2,70	2,59	2,61
Servicios generales	2,31	2,35	2,31	2,19	2,13
Administrativos	1,93	1,99	1,97	1,91	1,90

**RECURSOS:  
SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE**

INDICADOR	1988	1989	1990	1991	1992
<b>RESERVAS:</b>					
Composición de la reserva (%)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Activos financieros	91,23	88,47	87,62	85,19	83,91
De corto plazo	37,80	44,21	43,91	50,48	55,97
De largo plazo (1)	53,43	44,26	43,71	34,71	27,94
Activos no financieros:	8,77	11,53	12,38	14,81	16,09
Otro activo circulante neto	0,75	0,64	2,40	3,91	3,50
Activo fijo	8,02	10,89	9,98	10,90	12,60
Cociente de reserva (2)	3,06	2,93	2,86	2,69	2,71
Reserva como porcentaje del PIB (2)	5,58	5,32	5,51	5,20	5,15
Reserva como porcentaje del ingreso Nacional Disponible (2)	5,70	5,79	5,90	5,40	5,34

(1) Incluye préstamos hipotecarios

(2) Reserva a inicio de año.

**INDICADORES DEL REGIMEN DE RIESGOS  
DEL TRABAJO**

**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS  
COSTA RICA 1992**



ANEXO I  
 PATRONES Y TRABAJADORES ASEGURADOS  
 POR ACTIVIDAD ECONOMICA  
 1992

	AGRICULT., CAZA SILVICULTURA Y PESCA	EXPLDTAC. DE MINAS Y CANTERAS	INDUSTRIAS ELECTRICAS MANUFACT.	GAS Y AGUA	ELECTRICAS CONSTRUCC.	COMERCIO HOTELES Y RESTAURANTES	TRANSPORTES Y COMUNICACIONES	SERVS. FINANC. SEGUROS Y SERV. A EMPRESAS	SERV. SOC. COMUNALES Y PERSONALES	ACTIVIDADES NO BIEN ESPECIFICADAS.	TOTAL
PATRONES	5825	61	4,103	87	9,861	9,048	2,700	1,588	4,681	1,317	39,251
TRABAJADORES	121,875	1,097	141,830	15,940	72,162	78,587	32,253	34,400	172,939	149,42	676,025

## ANEXO 2

### SEGUROS DE RIESGOS DEL TRABAJO TRABAJADORES ASEGURADOS POR RAMA DE ACTIVIDAD 1982-1992

GRUPO	ACTIVIDAD ECONOMICA	1982	1992	DIFERENCIA ABSOLUTA	DIFERENCIA RELATIVA
00	No especificada	-----	14.942	14.942	100.00
01	Agricultura, caza, silvicultura, pesca	66.126	121.875	55.749	84.30
02	Explotación de minas y canteras	1.166	1.097	-69	(5.92)
03	Industrias manufacturas	80.206	141.830	61.624	76.84
04	Electricidad, gas y agua	5.119	15.940	10.821	211.39
05	Construcción	15.433	72.162	56.729	367.58
06	Comercio al por mayor y al por menor, hoteles y restaurantes	37.636	78.507	40.951	108.80
07	Transporte y comunicaciones	15.061	32.253	17.192	114.15
08	Establecimientos financieros, seguros, bienes inmuebles y servicios prestados a empresas.	25.232	24.400	-832	(3.30)
09	Servicios sociales, comunales	54.811	172.939	118.128	215.52
<b>TOTALES</b>		<b>300.790</b>	<b>676.025</b>	<b>375.235</b>	<b>124.75</b>

ANEXO 3  
 COMPARACION DE MONTOS ASEGURADOS-PRIMA  
 No. TRABAJADORES, POLIZAS Y TARIFAS PROMEDIO  
 1989-1992

AÑO	TRABAJADORES ASEGURADOS	POLIZAS EMITIDAS Y RENOVADAS	PRIMAS NETAS	DIFERENCIA RELATIVA	MONTO ASEGURADO	TARIFA PROMEDIO	PRIMA PROM. TRABAADOR
1989	482,140	34,690	2,639,039,241.00		117,752,947,368.00	2.24	5,362.38
1990	573,321	37,232	3,297,637,801.00	24.96	137,572,742,757.00	2.40	5,751.82
1991	630,992	39,637	4,191,608,325.67	27.11	144,210,383,125.00	2.91	6,642.89
1992	676,025	42,236	5,674,920,848.42	35.39	186,242,277,940.00	3.06	8,394.54

ANEXO 4  
 SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO TARIFA PROMEDIO POR ACT. ECONOMICA Y NUMERO  
 DE CASOS REPORTADOS  
 1992

GPO.	ACTIVIDAD ECONOMICA	PRIMAS NETAS	%	MONTO ASEGURADO	%	TARIFA MEDIA MEDIA	NUMERO DE CASOS	%
01	Agricultura, caza, sicultura, pesca	1.775.568.595	31.29	36.886.773.962	19.91	4.81	55.295	39.20
02	Explotación de minas y canteras	13.375.142	0.24	332.002.819	0.17	4.15	353	0.25
03	Industrias manufac.	1.656.577.909	29.19	55.430.055.824	29.92	2.99	38.381	27.21
04	Electr. gas y agua	95.171.002	1.68	5.927.838.268	3.20	1.61	3.119	2.21
05	Construcción	529.609.756	9.33	8.947.706.846	4.83	5.92	13.499	9.57
06	Comercio por mayor, por menor, hoteles y rest.	561.737.054	9.90	26.964.536.485	19.56	2.09	7.589	5.38
07	Transporte, almacén y comunicaciones	285.763.342	5.04	10.300.531.246	5.55	2.77	4.500	3.19
08	Estable. financ., seguros bien. inmuebles y servicios prestados a empresas	142.364.775	2.51	8.893.452.039	4.80	1.60	1.763	1.25
09	Serv. soc. comunales y personales	497.980.658	8.77	27.320.044.238	14.75	1.82	14.289	10.13
00	Actividades no bien especificadas	116.872.616	2.06	4.249.336.214	2.29	2.75	2.272	1.61
	<b>TOTALES</b>	<b>5.674.920.848</b>	<b>100.00</b>	<b>185.242.277.940</b>	<b>100.00</b>	<b>3.06</b>	<b>141.058</b>	<b>100.00</b>

ANEXO 5  
 SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO  
 NUMERO DE ACCIDENTES Y COSTOS  
 1992

AÑO	No. DE ACCIDENTES	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION %	COSTO TOTAL	DIFERENCIA ABSOLUTA	%DE AUMENTO	COSTO POR CASO	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION %
1982	71.555	- - - -	-----	220.372.337.43	-----	-----	3.079.76	-----	-----
1983	74.415	2.860	4.00	319.208.422.44	98.836.085.01	44.85	4.289.57	1.209.81	39.28
1984	81.899	7.484	10.06	444.750.912.19	125.542.489.75	39.33	5.430.48	1.140.91	26.60
1985	83.985	2.086	2.55	678.540.216.27	233.789.304.08	52.57	8.079.30	2.648.82	48.78
1986	97.976	13.991	16.66	984.938.314.56	306.398.098.29	45.16	10.052.85	1.973.55	24.43
1987	105.658	7.682	7.84	1.097.858.665.52	112.920.350.96	11.46	10.390.68	337.83	3.36
1988	108.831	3.173	3.00	1.252.487.776.36	154.629.110.84	14.08	11.508.56	1.117.88	10.76
1989	113.301	4.470	4.11	1.621.446.847.96	368.959.071.60	29.46	14.310.97	2.802.41	24.35
1990	124.290	10.989	9.70	2.218.436.812.82	596.989.964.86	36.82	17.848.88	3.537.91	24.72
1991	129.571	5.281	4.25	2.885.708.492.40	667.271.679.58	30.08	22.271.25	4.422.38	24.78
1992	141.058	11.487	8.87	3.457.474.004.17	571.765.511.77	19.81	24.511.01	2.239.76	10.06

**ANEXO No. 6**

**SEGUROS DE RIESGOS DEL TRABAJO  
No. FALLECIDOS, INCAPACITADOS  
Y GRANDES INVALIDOS  
1988-1992**

<b>AÑO</b>	<b>INCAPACIDADES PERMANENTES</b>	<b>TRABAJADORES FALLECIDOS</b>	<b>GRANDES INVALIDOS</b>
1988	6,224	52	06
1989	7,181	47	05
1990	7,872	58	05
1991	9,442	66	07
1992	7,995	67	06

**ANEXO 7  
SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO  
DISTRIBUCION DE RECLAMOS PAGADOS  
1982-1992**

RUBRO	1989	1990	1991	1992
SALARIOS	617.067.303.93	839.310.818.54	1.046.653.563.34	1.389.786.620.45
TRASLADOS	18.394.419.63	29.147.645.86	41.906.051.38	59.986.259.76
PERMANENCIA	16.509.130.49	19.630.676.37	15.389.168.56	19.586.387.74
RENTAS	150.546.677.58	117.647.884.72	243.616.261.37	294.632.578.52
OTROS *	19.078.019.32	31.597.250.57	52.589.270.19	57.045.818.76
HONOR. MEDICOS	70.022.355.86	94.563.090.90	118.175.763.10	145.694.501.80
MEDICINAS	11.447.149.36	9.314.994.95	13.851.345.77	32.435.094.96
HOSPITAL (C.C.S.S.)	151.229.715.72	231.426.997.64	276.322.191.40	347.735.670.00
CONMUTACIONES	235.589.401.75	347.288.040.32	438.702.687.72	398.295.201.37
MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS	42.178.825.32	65.907.564.02	88.678.022.12	84.983.267.40
PRESUPUESTO CLINICA **	289.010.080.40	432.601.848.93	536.357.958.41	611.087.165.17
SALUD OCUPACIO. ....	.....	.....	13.466.209.04	16.205.438.24
<b>TOTAL</b>	<b>1.621.023.079.36</b>	<b>2.218.446.812.82</b>	<b>2.885.708.492.40</b>	<b>3.457.474.004.17</b>

\* CORRESPONDE A GRAN CANTIDAD DE FACTURAS DE CLINICAS QUE POR SU BAJO COSTO SE CONTABILIZAN EN ESTE RENGLON, TAMBIEN INCLUYE PAGO DE LENTES, HONORARIOS DE ABOGADOS, ETC.

\*\* LA DISTRIBUCION PARA RIESGOS DEL TRABAJO FUE:

1989: 82.33%                      1990: 83.04%                      1991: 85.26%                      1992: 82.00%



## **BIBLIOGRAFIA**



## BIBLIOGRAFIA

- **CENTRO DE DESARROLLO ESTRATEGICO E INFORMACION EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (CENDEISSS)**
  - . Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social
- **EXTENSION DEL SEGURO SOCIAL A LA ZONA RURAL EN COSTA RICA**
  - . Dr. Guido Miranda Gutiérrez
  - . Dr. Luis Asís Beirute
- **COSTA RICA: INDICADORES DE SEGURIDAD SOCIAL 1988-1992**
  - . Departamento de Estadística de la Caja Costarricense de Seguro Social
- **ESTADISTICAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE COSTA RICA 1986**
  - . Instituto Nacional de Seguros
- **LA SEGURIDAD SOCIAL COSTARRICENSE**
  - . Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social
- **LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL DESARROLLO EN COSTA RICA**
  - . Dr. Guido Miranda Gutiérrez
- **SINTESIS EVOLUTIVA DE LOS RIESGOS DEL TRABAJO EN COSTA RICA**
  - . Instituto Nacional de Seguros, Departamento de Salud Ocupacional

- **VISION DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN COSTA RICA  
DENTRO DEL MARCO DEL SEGURO SOCIAL**  
. Jorge Valverde Castillo
  
- **ESTUDIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL**  
. Publicación de la Secretaría General de la AISS No. 73 -  
1993
  
- **PROYECTO LEY SOBRE RIESGOS DEL  
TRABAJO**  
. Dirección de Seguros Solidarios, Instituto Nacional de  
Seguros
  
- **INFORME ANUAL**  
. Dirección de Seguros Solidarios, Instituto Nacional de  
Seguros

La Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), por indicaciones de su Presidente, licenciado Genaro Borrego Estrada, se ha propuesto llevar a cabo un importante programa editorial para cumplir de mejor manera con sus finalidades fundamentales consistentes en recopilar y difundir los avances de la seguridad social.

La Conferencia concentra sus esfuerzos en la publicación de documentos cuyo propósito es lograr una seguridad social eficiente, ante las necesidades sociales, y procurar que su contenido sea de interés general y comprenda una extensa variedad de temas. Su programa editorial responde, por lo tanto, a las demandas constantes de las instituciones de seguridad social del continente, para contar con un mayor número de publicaciones en las que quede constancia y testimonio de los diferentes trabajos que realizan, y a la generación de documentos útiles a las instituciones por parte de los órganos de la CISS, las Subregiones y del Sistema de Información de la Seguridad Social Americana. Se publican dos colecciones: monografías de la seguridad social de los países representados en la CISS y libros especializados en temas de seguridad social. Queda a las instituciones el compromiso de acentuar su participación, para enriquecerlas con sus experiencias acumuladas. Asimismo la edición de su Boletín Informativo con periodicidad mensual, su Revista Seguridad Social, bimestral, y el Atlas de la Seguridad Social Americana, dan respuesta a las mismas demandas institucionales.

La presente publicación forma parte de este programa integral de difusión editorial, que se ha propuesto realizar la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

Conferencia Interamericana de Seguridad Social  
Secretaría General  
México D. F.  
1993