

La seguridad social en Costa Rica **- Una radiografía de su estado -**

DIANA LEÓN ESPINOZA
MAYO DE 2018

- En su análisis y acercamiento a una radiografía de la seguridad social del país, la autora destaca que el éxito del modelo de la seguridad social costarricense, desde su creación, fue concebido como un sistema universal, solidario y costeado por el Estado, que fue acompañado de políticas públicas sustantivas en empleo, educación, energía y servicios básicos, junto con la creación de instituciones importantes para el desarrollo del país.
- La autora destaca como principal problemática de la crisis institucional del 2011; el enfoque del modelo de atención, la calidad de los servicios, la gestión administrativa, el grupo de poder interno, la deuda del Estado y de las empresas privadas con la CCSS, la mezcla de intereses públicos con privados, las jornadas laborales extraordinarias y la productividad no obstante, muchos de estos problemas aún no se han resuelto.
- A pesar de las múltiples crisis y manejos inadecuados del sistema de seguridad social, el modelo sigue mostrando una fuerte arquitectura con la que fue diseñado e implementado. Ante esta situación, la autora se cuestiona cuánto más va a soportar el sistema y cuál es su sostenibilidad real.

Contenido

■ Introducción	6
■ Contexto histórico de la seguridad social en Costa Rica (1940-2010)	6
1940-1949: Creación de la seguridad social	6
1950-1959: Inicio de la “Época de oro” costarricense	7
1960-1969: Expansión y universalización.....	8
1970-1979: Últimos pasos de ingeniería de protección social	9
1980-1989: Seguridad social y contexto internacional.....	10
1990-1999: El ocaso de la “Época de oro”	11
2000-2009: Últimas modificaciones e inicios de crisis financiera.....	12
Extensión de la cobertura seguridad social	13
■ El sistema de seguridad social en Costa Rica.....	16
SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD (SEM).....	16
Financiamiento de la CCSS: INVALIDEZ-VEJEZ Y MUERTE (IVM).....	16
Financiamiento CCSS: RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO (RNC).....	18
Organización interna.....	19
Seguros de salud	19
■ El estado de la seguridad social costarricense en la actualidad	19
Principales problemáticas de la seguridad social	20
Calidad de los servicios	20
Dirección superior de la CCSS: crónica de una crisis anunciada	27
Deuda del Estado con la CCSS.....	32
Interés público-privado.....	33
Evasión, morosidad y deudas de empresas	34
Falta de participación ciudadana.....	34
Jornadas laborales y productividad.....	34
Poblaciones en condición de vulnerabilidad	35
■ Reflexiones finales: radiografía de la seguridad social en Costa Rica	38
■ Abreviaturas	41





Presentación

La sede central de la Friedrich-Ebert-Stiftung, la FES en Berlín, en alianza con la OIT - Ginebra, inician el desarrollo del proyecto global “Seguridad social para todos”, hacia el impulso y el establecimiento de los Pisos de Protección Social en países de cuatro regiones: Asia, África, América Latina y Europa.

Los Pisos de Protección Social son una iniciativa de una coalición de organismos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) entre ellos la OIT que aprovechó el impacto socioeconómico de la crisis económica mundial y de justicia social del 2008 para impulsar una nueva norma internacional de protección social. Los Pisos de Protección Social son concebidos como una herramienta para la realización de los Derechos Humanos y la promoción de la justicia social. En el año 2012, 184 países miembros de la OIT, aprobaron por unanimidad, la Recomendación No 202 sobre los Pisos de Protección Social.

La FES se suma a la promoción de la iniciativa, establece una alianza con la OIT y llevan a cabo, conjuntamente, un proyecto (2014-2018) que tiende a impulsar los Pisos de Protección Social. El proyecto se inicia en Costa Rica en el año 2016 con la elaboración de un mapeo de actores de las partes interesadas, el establecimiento de una plataforma nacional para la promoción de los Pisos de Protección Social y una radiografía del estado de la Seguridad Social en Costa Rica.

En este documento le presentamos y ofrecemos el estado de la cuestión de la Seguridad Social en Costa Rica a modo de radiografía.



Introducción

Costa Rica logró avanzar hacia un sistema exitoso de salud gracias a iniciativas que se gestaron desde fines del siglo XIX y en la primera mitad del siglo XX”, período en el cual se desarrollaron una serie de acciones de distintos actores sociales, en un contexto de desarrollo del capitalismo y de ampliación de los mercados, los cuales contribuyeron a mejorar los índices de salud de la época y a fundar las bases de un modelo solidario y amplio en cobertura (Botey, 2012).

La creación de la CCSS, en 1941, como institución rectora de la seguridad social, vino a fortalecer los avances logrados, a su vez que marcó un hito en la historia del país al consolidar un modelo solidario y universal de seguridad social, entendida como “el conjunto de instrumentos destinados a la prevención y el manejo de los riesgos que conlleva el ciclo de vida de las personas en una sociedad”¹, el cual vino a beneficiar directa e indirectamente a toda la población del país.

La CCSS al garantizar el acceso a los servicios de salud y brindar seguridad de ingresos durante diferentes situaciones en el ciclo de vida de las personas (vejez, desempleo, maternidad, invalidez, enfermedad, etc.) logró mantener niveles de igualdad y cohesión social durante décadas, ya que mantenía una fuerza laboral estable con redes de seguridad, tanto para las personas trabajadoras como para sus familias. No obstante, en los últimos treinta años, la institución ha experimentado cambios políticos, económicos y sociales que van más allá del ámbito nacional y que han significado, en algunos casos, una pérdida de las garantías sociales históricamente establecidas.

La liberalización económica iniciada en la década de 1980 y los Programas de Ajuste Estructural (PAEs) conllevaron a una reducción del Estado y a la expansión del mercado, se presenció un crecimiento significativo del empleo informal y del desempleo²,

el cual dejó a miles de personas fuera de los sistemas de protección social. Aunado a estas problemáticas, el sistema de seguridad social se encuentra en una fuerte crisis económica, administrativa y política, la cual llegó a su punto máximo de ebullición oficialmente en el año 2011 y a la actualidad no se han logrado subsanar sus diferentes y múltiples problemáticas.

En este marco, el presente documento está dividido en cinco secciones que determinan el estado actual de la seguridad social en Costa Rica. La primera sección del documento hace un recorrido histórico y normativo desde la creación de la CCSS hasta la actualidad y sus diversas transformaciones, a través de siete décadas de existencia. Seguidamente, la segunda sección caracteriza el sistema de seguridad social en Costa Rica tanto para servicios de salud, Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) como para pensiones, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM). La tercera sección, analiza el estado actual de la seguridad social en el país y la cuarta sección, describe los compromisos adquiridos por el gobierno con el fin de subsanar problemáticas de la seguridad social. Finalmente, se formulan las consideraciones y propuestas de mejora de la seguridad social en Costa Rica.

Contexto histórico de la seguridad social en Costa Rica (1940-2010)

A continuación, se presentan los aspectos más importantes del contexto histórico de la Caja Costarricense de la Seguridad Social, específicamente, se realiza un recorrido desde 1941 hasta mediados de la década del 2000 cuando se realizan diferentes modificaciones en su modelo, así como también en la institución.

1940-1949: Creación de la seguridad social

Durante el primer quinquenio de la década de los cuarenta (1940-1945), se establecen los seguros

1 OIT, ONU Mujeres y PNUD (2012). *Combatiendo lo desigual desde lo básico: Piso de Protección Social e Igualdad de Género*. San José: OIT, ONU Mujeres y PNUD. Página 11.

2 De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Hogares del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), para el cuarto trimestre 2015, el país reportaba una tasa de desempleo de 9.6% (215.000 personas). Asimismo, el número de trabajadores/as ocupados con empleo informal fue de 43% repre-

sentando cerca de 871.000 personas. INEC (2015). *Encuesta continua de empleo: indicadores del Mercado laboral costarricense. Cuarto trimestre 2015*. Obtenido el 01 de abril 2016 en: <http://www.inec.go.cr/A/MT/Empleo/ECE/Documentos/Publicaci%C3%B3n/C0/Indicadores%20del%20mercado%20laboral%20costarricense.%20IV%20Trimestre%202015/A%C3%B1o%202015.pdf>



sociales, la institución rectora del mismo y se le brinda autonomía a la institución la cual estaría destinada a la atención de personas trabajadoras obreras (bajo un determinado tope salarial) mediante un sistema tripartito de financiamiento³.

Progresivamente, este tope salarial de la clase obrera fue aumentando con el fin de incorporar a diferentes sectores de la población⁴, iniciando por trabajadores del Estado, instituciones autónomas, semiautónomas, municipalidades y trabajadores de la empresa privada del sector administrativo⁵. Para 1947, el gobierno creó formalmente el SEM y el IVM brindando inicialmente sus servicios en el Valle Central, tanto en zonas urbanas como en zonas productoras de café⁶.

Con la Constitución Política de 1949, se brindó el derecho constitucional a las personas trabajadoras manuales e intelectuales a la protección contra riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte⁷. Precisamente se establece:

Art.73. Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine. La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social.

Esta incorporación reafirmó no solo la protección social como garante del Estado social de derecho costarricense, sino que afirmó el importante papel que desempeñaba la CCSS para la población del país. En términos generales, desde la creación de la seguridad social y de la CCSS, la cobertura de la

seguridad social pasó de un 3% a un 6.8% al cerrar la década en 1949⁸.

1950-1959: Inicio de la “Época de oro”⁹ costarricense

El rápido desarrollo económico y social incentivado por la Constitución Política de 1949 y las consecuentes reformas de la década anterior, propiciaron una rápida expansión de la seguridad social y su institución rectora.

El desarrollo del modelo de seguridad social y de la CCSS durante esta década se marcó por un lento progreso, pero con hitos importantes como cuando entre 1954 y 1956 se introdujo formalmente la cobertura familiar obligatoria para esposas e hijos(as) por debajo de los 12 años, así como también, a padres y madres económicamente dependientes¹⁰. Igualmente, se incrementaron los techos salariales de ingreso a la seguridad social con el fin de incorporar a más personas trabajadoras.

Asimismo, en 1959, el país firmó y ratificó dos convenciones con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) con las cuales el país se comprometió a mejorar las condiciones de las personas trabajadoras en sus empleos a través de dos convenciones:

Convención OIT No. 105 sobre la abolición de trabajo forzoso.

Convención OIT No. 106 sobre descanso semanal para comercios y oficinas.

Al final de la década, la cobertura de la seguridad social pasa de un 6.8% en 1949 a un 15.1% en 1959¹¹,

8 Vargas, Juan Rafael y Jorine Muiser (2013). “Promoting universal financial protection: a policy analysis of universal health coverage in Costa Rica (1940–2000)”. Health Research Policy and Systems. Accesado el 29 junio 2016 en: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-11-28>

9 La década de los 50 dio por comienzo a lo que se le conoce como la ‘Época de oro’ de Costa Rica (1950-1980). La Época de oro costarricense fue un periodo de gran intervención estatal y rápido desarrollo social y económico el cual benefició a todas las clases sociales.

10 Martínez Franzoni, Juliana y Diego Sánchez-Ancochea (2013). Good Jobs and Social Services. Londres: Palgrave Macmillan.

11 Vargas, Juan Rafael y Jorine Muiser (2013). “Promoting universal financial protection: a policy analysis of universal health coverage in Costa Rica (1940–2000)”. Health Research Policy and Systems. Accesado el 29 junio 2016 en: <https://health-policy-sys->

3 Hospitales de Costa Rica (1997). “Reseña histórica de las instituciones del Sector Salud”. Hospitales de Costa Rica vol. 38-39: 12-15.

4 Martínez Franzoni, Juliana y Diego Sánchez-Ancochea (2013). Good Jobs and Social Services. Londres: Palgrave Macmillan.

5 Ibidem

6 Ibidem

7 Sáenz, María del Rocío; Mónica Acosta; Jorine Muiser; Juan Luis Bermúdez (2011). “Sistema de salud de Costa Rica”. Salud Pública de México vol. 53(2): 156-167.



incrementando en un periodo de 10 años aproximadamente un 8.3% de cobertura en la población costarricense.

1960-1969: Expansión y universalización

Para la década del sesenta, muy de la mano con los cambios políticos y sociales que vivía el país y con la gran expansión de cobertura de la seguridad social, se firman y ratifican, ante la OIT, alrededor de 20 convenciones con las cuales Costa Rica se comprometía internacionalmente a estandarizar metas básicas de protección a personas trabajadoras en el país¹².

Convención de los derechos de asociación en agricultura (No.11).

Convención de Trabajo Forzado (No. 29).

Convención sobre trabajos subterráneos para mujeres (No. 45).

Convención de inspecciones laborales (No. 81).

Convención de libertad de asociación y protección de los derechos de organizarse (No. 87).

Convención sobre servicio laboral (No. 88).

Convención sobre mujeres con trabajos nocturnos (No. 89).

Convención para trabajo nocturno de personas jóvenes en industria (No.90).

Convención para acomodo de equipos de trabajo (No.92).

Convención sobre cláusulas de trabajo en contratos públicos (No.94).

Convención sobre protección de salarios (No. 95).

Convención del derecho a organizarse y de convención colectiva (No. 98).

Convención sobre la fijación de salarios mínimos en agricultura (No.99).

Convención de remuneración equitativa (No.100).

Convención sobre la discriminación (empleos y ocupaciones) (No. 111).

Convención para la examinación médica en pescadores (No. 113).

Convención sobre los artículos de acuerdo de pescadores (No. 114).

Convención sobre política social (metas y estándares básicos) (No. 117).

Convención sobre higiene en comercios y oficinas (No. 120).

Convención de política laboral (No.122).

Para 1961, se reformó la Constitución Política por primera vez desde 1949. Con el fin de fortalecer la intervención estatal en asuntos sociales, se estableció que el sistema de seguridad social tendría que ser universal en un plazo de 10 años¹³ por medio de la ley No.2738 (Reformase el artículo 177 de la Constitución Política) de universalización de los seguros sociales¹⁴.

La cobertura de la seguridad social se extendió a personas trabajadoras de zonas rurales en 1962 y para 1965 se extendió para toda la familia de las personas trabajadoras¹⁵. Específicamente, se amplió a personas trabajadoras de comercio, escuelas de enseñanza particular, consultorios profesionales y trabajadores municipales pagados por planillas de jornadas¹⁶ y en segunda instancia, se amplió a trabajadores manuales, pagados por planillas de jornales en obras públicas y ferrocarriles¹⁷.

Esta década representa un rápido incremento en la cobertura de la seguridad social en comparación con décadas previas. Al inicio de la década, la cobertura alcanzaba a un 17.7% de la población y para inicios de 1970, la cobertura se extendía a un 47% de la población.

13 Sáenz, María del Rocío; Mónica Acosta; Jorine Muiser; Juan Luis Bermúdez (2011). "Sistema de salud de Costa Rica". *Salud Pública de México* vol. 53(2): 156-167.

14 Hospitales de Costa Rica (1997). "Reseña histórica de las instituciones del Sector Salud". Hospitales de Costa Rica vol. 38-39: 12-15.

15 Vargas, Juan Rafael y Jorine Muiser (2013). "Promoting universal financial protection: a policy analysis of universal health coverage in Costa Rica (1940–2000)". Health Research Policy and Systems. Accesado el 29 junio 2016 en: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-11-28>

16 Ibidem.

17 Ibidem.

tems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-11-28

12 OIT (2016). Costa Rica. Accesado el 11 de setiembre 2016 en: <http://www.ilo.org/global/statistics-and-databases/lang-en/index.htm>



1970-1979: Últimos pasos de ingeniería de protección social

La década del setenta experimentó dinámicas orientadas a concretar la universalización de la seguridad social. A 10 años de la ley No.2738 que declaraba la universalización de los seguros sociales, se eliminaron los techos salariales para incorporar a aquellos(as) trabajadores de ingresos altos en el país (mediante ley No. 4750) "Autoriza a CCSS participar en proyectos de beneficio de salud a asegurados". Para los primeros años de la década, el sistema cubría a todas las personas obreras del país¹⁸ y la seguridad social se extendía para estudiantes universitarios.

En 1971, se crea mediante la Ley No. 4760 el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) con la finalidad de "resolver el problema de la pobreza extrema en el país"¹⁹. Por su parte, acorde con los cambios institucionales y sociales de la época, en 1972 se consolida la iniciativa (iniciada en 1955 por el Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier), pionera a nivel mundial, de implementar un modelo de atención primaria de salud con participación comunitaria llamada: "El Hospital sin Paredes". El cual surge "como respuesta a las demandas de las necesidades de las comunidades caracterizadas por un nivel educativo relativamente bajo y una mortalidad infantil relativamente alta"²⁰. La iniciativa cubre a los cantones de la Región de Occidente y busca establecer lazos entre el hospital y la comunidad por medio de un modelo de atención integral a la población, basado en un modelo preventivo.

Para 1973, se realizaron cambios institucionales importantes cuando los hospitales administrados por las Juntas de Bienestar Social bajo la supervisión del Ministerio de Salud fueron transferidos a la CCSS por medio de la Ley No.5349 (Ley de Universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad), formando un sistema unificado de salud²¹. Asimismo,

el Ministerio de Salud comenzó a enfocarse en la prevención y cuidados primarios, mientras que la CCSS se dedicó a los servicios curativos²². La ley No.5349 de universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), promueve la universalización de la seguridad social para que esta no se limitara a personas trabajadoras y que incorporara a personas pobres y en condición de indigencia²³. Ese mismo año, en 1973 se decreta la ley No. 5395 (Ley General de Salud) en la cual se declara la salud de la población como un tema de interés público tutelado por el Estado (art.1) y que todos los habitantes tienen derecho a prestaciones de la salud (art.3).

Para 1974, se establecieron las pensiones para personas adultas mayores pobres y además se creó el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF) (Ley No. 5662) con el cual se constituye un fondo social para personas costarricenses de escasos recursos económicos. En 1975 comenzó el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) y el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) voluntario y se extendió al sector agrícola. Además, para este año, la CCSS se hizo cargo del Sistema de Pensiones del Régimen No Contributivo (RNC) con el fin de brindar protección a las personas pobres y de bajos recursos²⁴. Un año después, en 1976, personas pensionadas bajo modalidades especiales de otras instituciones se convirtieron en elegibles para optar por el esquema de salud²⁵.

En un plano internacional, en esta década, el país continúa su compromiso de mejorar las condiciones laborales de las personas, firma y ratifica nueve convenciones con la OIT, específicamente:

18 Sáenz, María del Rocío; Mónica Acosta; Jorine Muiser; Juan Luis Bermúdez (2011). "Sistema de salud de Costa Rica". Salud Pública de México vol. 53(2): 156-167.

19 Asamblea Legislativa (1971). Creación del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS). San José, mayo.

20 Arias-Sobrado, Jorge (2015). "Hospital sin paredes, estrategia pionera de la atención primaria de salud en Latinoamérica". Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud vol.1 (1): 34-38.

21 Martínez Franzoni, Juliana y Diego Sánchez-Ancochea

(2013). Good Jobs and Social Services. Londres: Palgrave Macmillan.

22 Ibidem.

23 Mohs, Edgar (2012). Extensión y universalización de la CCSS. Accesado el 1 de julio 2016 en: http://www.nacion.com/opinion/foros/Extension-universalizacion-CCSS_0_1243675866.html

24 Hospitales de Costa Rica (1997). "Reseña histórica de las instituciones del Sector Salud". Hospitales de Costa Rica vol. 38-39: 12-15.

25 Vargas, Juan Rafael y Jorine Muiser (2013). "Promoting universal financial protection: a policy analysis of universal health coverage in Costa Rica (1940-2000)". Health Research Policy and Systems. Accesado el 29 junio 2016 en: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-11-28>



Convención sobre los métodos para la fijación de salarios mínimos (No.026)

Convención sobre peso máximo que personas trabajadoras pueden cargar (No.127)

Convención de inspecciones laborales en agricultura (No. 129).

Convención sobre cuidados médicos y enfermedades (No. 130).

Convención sobre fijación de salario mínimo (No. 131).

Convención sobre prevención de accidentes en trabajadores de alta mar (No. 134).

Convención sobre la representación de trabajadores (No. 135).

Convención sobre el trabajo en muelles (No.137).

Convención sobre edades mínimas (No. 138).

Fue una década de gran dinamismo, tanto por novedosos programas institucionales y nuevas normativas sociales, así como también en su cobertura. A inicios de la década la cobertura era de 47.1% y al final esta era de 61.8%²⁶.

1980-1989: Seguridad social y contexto internacional

La década de los ochenta presentó una fuerte crisis económica que comenzó a finales de la década anterior. La crisis económica internacional impactó significativamente a Costa Rica²⁷ y a su política social²⁸.

Los efectos de la crisis alteraron distintas aristas de la vida política y económica. En lo económico se alteró el balance de lo público-privado: un gran número de médicos(as) comenzaron a combinar prácticas públicas con prácticas privadas; el seguro de salud empezó a depender más de la provisión de servicios privados a través de médicos con negocios

propios, medicina mixta y cooperativas de la salud²⁹. Comenzaron los problemas de largas listas de espera para exámenes de diagnóstico, cirugías y especialistas y los hospitales y equipo médico se encontraba en estado de deterioro³⁰.

En esta época, se intentaron establecer distintas alternativas orientadas al modelo de medicina mixta, los cuales presentaron en su mayoría resultados no deseados, ya sea por la población usuaria, gremio médico o bien por autoridades de alto mando en la CCSS. Paralelamente a estas alternativas, en la administración de Luis Alberto Monge (1982-1986) en el contexto de acuerdos con el Fondo Monetario Internacional (FMI), se impulsó un programa de control del gasto y reducción del déficit en el sector público, la cual afectó al sector salud, ya que percibía menos ingresos mientras que la demanda de servicios aumentaba³¹.

Durante la década de los ochenta, a nivel internacional, el país firma y ratifica ocho convenios laborales con la OIT:

Convención sobre horas de trabajo en industria (No.1)

Convención sobre descanso semanal en industria (No.14)

Convención sobre vacaciones pagadas en agricultura (No.101).

Convención tripartita de consulta (estándares laborales internacionales) (No. 144).

Convención sobre la continuidad del empleo para trabajadores de altamar (No.145).

Convención sobre la marina mercante (estándares mínimos) (No. 147).

Convención sobre ambiente laboral (contaminación aérea, sónica y de vibración) (No. 148).

Convención sobre administración laboral (No. 150).

26 Ibidem.

27 De acuerdo con Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea (2013), en menos de dos años (1980-1982), el colón se devaluó más de 600% y la deuda externa creció rápidamente. Martínez Franzoni, Juliana y Diego Sánchez-Ancochea (2013). *Good Jobs and Social Services*. Londres: Palgrave Macmillan.

28 Ibidem.

29 Ibidem.

30 Clark, Mary (2002). "Health Sector Reform in Costa Rica: Reinforcing a Public System". Preparado para los talleres de trabajo del Centro Woodrow Wilson sobre políticas de educación y reformas de la salud Washington D.C. Abril 18-19.

31 Guendel, Ludwig y Juan Diego Trejos (1992). "Reformas recientes en el sector salud de Costa Rica". Informe preliminar, junio.



Para 1984, la institución extendió la cobertura de seguridad social a personas trabajadoras independientes y personas agricultoras.³² A finales de la década de 1970 se contaba con una cobertura de 61.8% y a mediados, de 1984 la cobertura era de 83.9%.

1990-1999: El ocaso de la “Época de oro”

A inicios de los años 1990, América Latina comienza un proceso de adopción de políticas de liberalización económica y neoliberalismo. Esta corriente ideológica se fortaleció en Costa Rica bajo el bipartidismo del Partido Liberación Nacional (PLN) y el Partido Unidad Social Cristiana (PUSC). Desde inicios de la década, grupos de poder, a lo interno de ambos partidos, impulsaron la liberalización del mercado, el achicamiento del Estado y la reducción del gasto social.³³

A finales de 1989 y principios de la década de los noventa, se inicia un proceso de reforma del sector salud, que enfatiza la función rectora del Ministerio, por lo que traslada la prestación de servicios a la CCSS. Bajo la modernización del sector salud, en 1993 el gobierno firmó un préstamo con el Banco Mundial por \$22 millones de dólares para una serie de reformas; la reorganización del modelo primario de salud y separación de roles de comprador y proveedor, y modernización de mecanismos de pago.³⁴

De acuerdo con Clark (2002), en 1994, la administración de Figueres Olsen (1994-1998) se enfocó en la reforma del sector salud, respondiendo al préstamo del Banco Mundial, principalmente, en el modelo primario de atención con el fin de que desarrollara la desconcentración de los servicios. Para 1995 se establecieron los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) dedicados al primer nivel de atención que brinda la CCSS³⁵.

32 Vargas, Juan Rafael y Jorine Muiser (2013). “Promoting universal financial protection: a policy analysis of universal health coverage in Costa Rica (1940–2000)”. *Health Research Policy and Systems*. Consultado el 29 junio 2016 en: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-11-28>

33 Martínez Franzoni, Juliana y Diego Sánchez-Ancochea (2013). *Good Jobs and Social Services*. Londres: Palgrave Macmillan.

34 Clark, Mary (2002). “Health Sector Reform in Costa Rica: Reinforcing a Public System”. Preparado para los talleres de trabajo del Centro Woodrow Wilson sobre políticas de educación y reformas de la salud Washington D.C. Abril 18-19.

35 Ibidem.

La reforma del sector comprendió también, la creación de área de salud; traslado del personal del Ministerio de Salud a la CCSS, un mayor papel de rectoría al Ministerio de Salud³⁶.

En 1998, la administración de Miguel Ángel Rodríguez (1998-2002), impulsa la mejora del sistema de seguridad social,³⁷ bajo la reforma del sector salud. Se estableció un mayor énfasis en la división de roles y otros cambios institucionales del sistema primario de salud, pero, el principal cambio impulsado fue la desconcentración administrativa.³⁸ Ese mismo año en 1998, se aprueba la Ley No.7852 (Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social), la cual les da a directores(as) de hospitales y clínicas el estatus de personalidad jurídica instrumental, con el que pueden ejecutar contratos con terceras partes y hacer uso y manejo de sus propios presupuestos y recursos humanos. Asimismo, la ley también crea las Juntas de Salud con la cuales se incentiva la participación ciudadana directa³⁹.

En 1999, se crea la Superintendencia General de Servicios de Salud (SUGESS) con el fin de monitorear la calidad de los servicios de salud y su desempeño y satisfacción de la población usuaria⁴⁰. El país firma y ratifica nuevos convenios de la OIT sobre: eliminación del trabajo infantil, indemnizaciones y derechos laborales, y defensa de los derechos de grupos socialmente vulnerabilizados.

Convención sobre indemnización al desempleo en caso de naufragio (No. 8).

Convención sobre exámenes médicos para personas jóvenes que trabajan en altamar (No.16).

Convención sobre organizaciones de trabajo rural (No. 141).

36 Villalobos, Luis Bernardo y Mario Piedra González (1998). Reforma de la salud en Costa Rica: Implicaciones en la gestión municipal. *Revista de Ciencias de Administración Financiera de la Seguridad Social* vol. 6(1). Consultado el 1 de julio 2016 en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12591998000100004

37 Clark, Mary (2002). “Health Sector Reform in Costa Rica: Reinforcing a Public System”. Preparado para los talleres de trabajo del Centro Woodrow Wilson sobre políticas de educación y reformas de la salud Washington D.C. Abril 18-19.

38 Ibidem.

39 Ibidem.

40 Ibidem.



Convención sobre rehabilitación vocacional y empleo (personas en condición de discapacidad) (No. 159).

Convención sobre personas indígenas y tribus (No. 169).

Convención sobre las peores condiciones de empleo infantil (No. 182)

En términos de cobertura, en 1995, se estableció el seguro obligatorio para trabajadores jubilados. Para este año, la cobertura se encontraba en 86.4% de la población y un año después, en 1996, la cobertura se encontraba en 89.7%⁴¹

2000-2009: Últimas modificaciones e inicios de crisis financiera

En el año 2000, se aprueba la Ley No. 7983 (Ley de Protección al Trabajador) con la cual se reivindicaron los derechos de las personas asalariadas. La ley apuntaba al fortalecimiento de los mecanismos de la CCSS para el cobro y recaudación; la creación de un Fondo de Capitalización Laboral; la aplicación real del auxilio de cesantía como expectativa de derecho y la creación de pensiones complementarias⁴². Específicamente, la ley establecía como obligatoria la incorporación de trabajadores(as) independientes e informales al sistema de seguridad social de la CCSS para el año 2005.

Para el año 2004, a raíz de un diagnóstico que realiza la Gerencia de Pensiones se hace de conocimiento público la situación de carácter crítica de la estabilidad financiera del sistema de pensiones en el país⁴³

41 Vargas, Juan Rafael y Jorine Muiser (2013). "Promoting universal financial protection: a policy analysis of universal health coverage in Costa Rica (1940–2000)". Health Research Policy and Systems. Accesado el 29 junio 2016 en: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-11-28>

42 CR Hoy (20 abril 2015). "País celebra 15 años de la Ley de Protección al Trabajador, considerada "la reforma social más importante" de historia reciente". Accesado el 1 de julio 2016 en: <http://www.crhoy.com/pais-celebra-15-anos-de-la-ley-de-proteccion-al-trabajador-considerada-la-reforma-social-mas-importante-de-la-historia/>

43 Martínez Franzoni, Juliana (2005). Reformas recientes de las pensiones en Costa Rica: Avances hacia una mayor sostenibilidad financiera, acceso y progresividad del primer pilar de pensiones. Estado de La Nación: En Desarrollo Humano Sostenible. Accesada el 29 de junio del 2016 en: <http://www.>

de modo que el principal objetivo de la reforma fue darle sostenibilidad financiera al régimen.

La formulación y el diseño de la reforma involucraron a un amplio entramado de actores, quienes a lo largo del 2004 participaron activamente en el proceso. A inicios de este, se formó una Comisión Social, de carácter consultivo, con el objetivo de elaborar una propuesta para presentarla a la Junta Directiva de la CCSS, la cual tendría en sus manos la decisión final⁴⁴. Debido a diferencias con algunos sectores se forma una Comisión Técnica a principios del 2005, la cual dejar por fuera algunos asuntos de la propuesta de la comisión anterior.

El resultado final de la reforma de pensiones del 2005 le dio un respiro al régimen al aumentar gradualmente el porcentaje de cotización pasando de 7.5% a 10.5% para el 2035; el número de cuotas pasan de 240 a 300; el salario de referencia pasa al promedio de 48 salarios reales a 240 salarios indexados; se implementa la pensión reducida por vejez, así como también la pensión proporcional por invalidez⁴⁵.

En un plano internacional, se firman y ratifican tres convenios OIT: la Convención sobre las peores formas de trabajo infantil (No. 182); la Convención de estadísticas laborales (No. 160) y la Convención de empleadas domésticas (No. 189).

En el periodo 2006-2010 durante el gobierno Arias Sánchez, la administración de la CCSS comenzó a implementar cambios y propuestas que dispararon el gasto de la institución: reevaluaciones salariales sin tener en cuenta el impacto de las modificaciones en las finanzas de la institución y del IVM⁴⁶; incremento de 10.000 nuevas plazas en la CCSS, en el

estadonacion.or.cr/Info2005/Ponencias/Reformas_recientes_pensiones.pdf

44 Comisión Social (2004). "Propuesta a la Reforma al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte. Informe final de la Comisión Social". Accesado el 8 de junio 2016 en: <http://inamu.go.cr/documentos/propuesta-ivm.pdf>

45 Barrantes Espinoza, Jaime (2015). "La reforma de pensiones en Costa Rica". Accesado el 29 de junio 2016 en: <http://boletin.ciess.org/boletines/2015/12/pdf/la-reforma-de-pensiones-en-costa-rica.pdf>

46 El País (19 febrero 2016). "Entre 2006 y 2010 CCSS realizó 30 reevaluaciones salariales sin estudios" Accesado el 30 de junio 2016 en: <http://www.elpais.cr/2016/02/19/entre-2006-y-2010-ccss-realizo-30-reevaluaciones-salariales-sin-estudios/>



marco de la crisis financiera internacional del 2008, así como una serie de conflictos público-privados, todos los cuales afectaron la finanzas y gestión del sistema de seguridad social⁴⁷.

La administración 2006-2010, indujo la crisis económica del año 2011 durante la administración Chinchilla Miranda (2010-2014); un informe solicitado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) dictaminó que la CCSS se encaminaba hacia una seria y profunda crisis financiera. En términos de cobertura, la década del 2000 presenta una ligera disminución de cobertura respecto al año de referencia de los noventa, 1996 (89.7% cobertura) a presentar 87.6% en el año 2005.

Extensión de la cobertura seguridad social

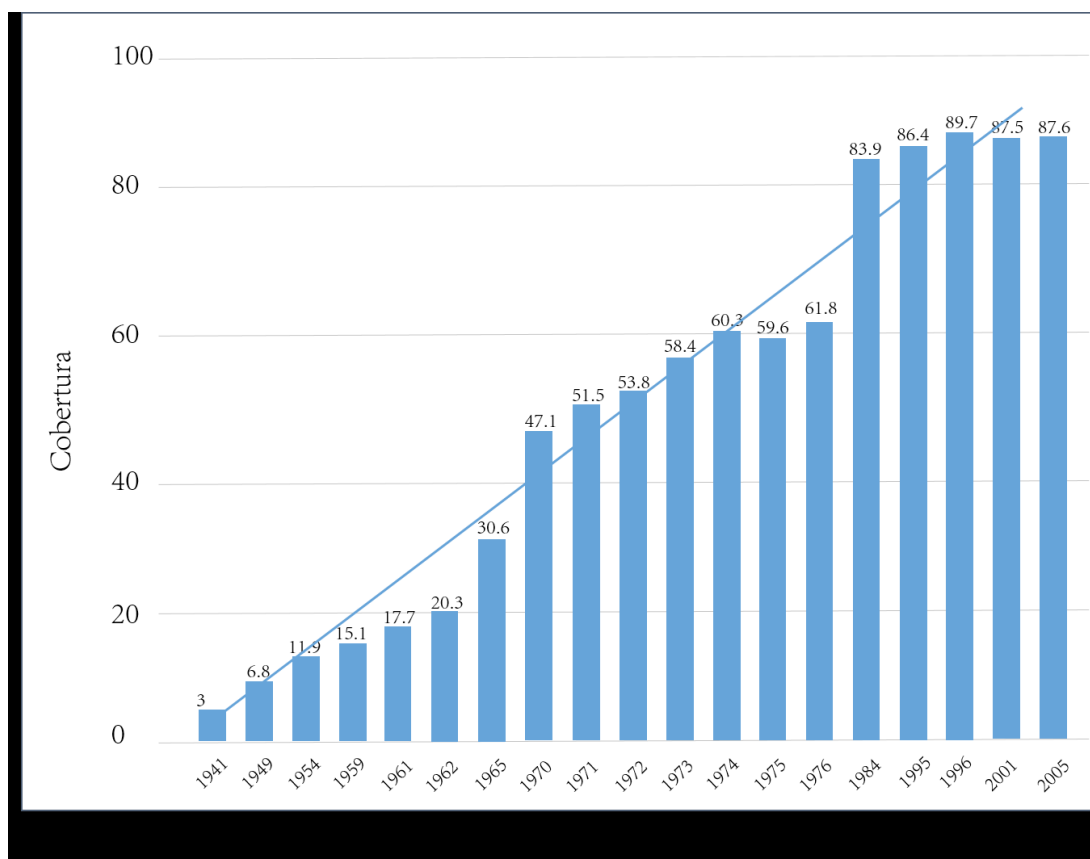
El gráfico 1 ilustra la expansión de cobertura por décadas desde la creación de la CCSS. En 1941, la

cobertura se encontraba en un 3% y para el año 2005, esta se encontraba en un 87.5%. Como se observa en el gráfico, la extensión de la cobertura de la seguridad social ha sido irregular en sus inicios, luego crece, sin embargo, a través del tiempo, se puede observar que la extensión ha sido sostenida y gradual.

Incorporar a la clase media trabajadora primero y, progresivamente, a la clase de altos ingresos y personas pobres es una de las claves de las cuales se puede explicar el éxito de la seguridad social en el país. Al asegurar a la clase media primero, se crea un apoyo importante para la mayor parte de la población sobre la importancia de los servicios, lo cual contribuyó a su expansión hacia otros sectores de diferentes ingresos socioeconómicos del país⁴⁸.

Asimismo, estos cambios institucionales y de expansión de cobertura vinieron acompañados de un

Gráfico 1. Expansión cobertura seguridad social



Fuente: elaboración propia con base en Vargas, Juan Rafael y Jorine Muiser (2013)

47 Ibidem.

48 Martínez Franzoni, Juliana y Diego Sánchez-Ancochea (2013). *Good Jobs and Social Services*. Londres: Palgrave Macmillan.



fuerte marco normativo nacional e internacional, el cual brindó mayor firmeza para que el modelo de seguridad social se desarrollara bajo los principios de solidaridad y universalidad (ver tabla 1 y tabla 2).

La arquitectura con la que fue diseñada la seguridad social y su consecuente evolución en el tiempo en términos de cobertura, el gasto social en seguridad social, realizado por los gobiernos; en nutrición,

Tabla 1. Marco normativo nacional. Modelo de seguridad social

Año	Ley o norma
1941	Ley No.17: Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social
1949	Constitución Política de la República de Costa Rica
1961	Ley No.2738: Reformase el artículo 177 de la Constitución Política
1971	Ley No. 4770: Creación del IMAS Ley No. 4750: Autoriza a CCSS participar en proyectos de beneficio de salud a asegurados.
1973	Ley No.5349: Ley de Universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad.
1973	Ley No. 5395: Ley General de Salud.
1974	Ley No. 5662: Creación de FODESAF
1998	Ley No.7852: Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social.
2000	Ley No. 7983: Ley de Protección al Trabajador

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Marco normativo internacional. Modelo de seguridad social

AÑO FIRMA	CONVENIOS
1959	Sobre la abolición del trabajo forzoso, 1957 (núm. 105)
	Sobre el descanso semanal (comercio y oficinas), 1957 (núm. 106)
1960	Sobre el trabajo forzoso, 1930 (núm. 29)
	Sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación, 1948 (núm. 87)
	Sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva, 1949 (núm. 98)
	Sobre igualdad de remuneración, 1951 (núm. 100)
	Sobre la inspección del trabajo, 1947 (núm. 81)
	Sobre el trabajo subterráneo (mujeres), 1935 (núm. 45)
	Sobre el servicio del empleo, 1948 (núm. 88)
	Sobre el trabajo nocturno (mujeres), 1948 (núm. 89)
	Sobre el trabajo nocturno de los menores (industria), 1948 (núm. 90)
	Sobre el alojamiento de la tripulación (revisado), 1949 (núm. 92)
	Sobre las cláusulas de trabajo (contratos celebrados por las autoridades), 1949 (núm. 94)
	Sobre la protección del salario, 1949 (núm. 95)
	Sobre los métodos para la fijación de salarios mínimos (agricultura), 1951 (núm. 99)
1962	Sobre la discriminación (empleo y ocupación), 1958 (núm. 111)
1963	Sobre el derecho de asociación (agricultura), 1921 (núm. 11)
1964	Sobre el examen médico de los pescadores, 1959 (núm. 113)
	Sobre el contrato de enrolamiento de los pescadores, 1959 (núm. 114)
1966	Sobre la política del empleo, 1964 (núm. 122)
	Sobre política social (normas y objetivos básicos), 1962 (núm. 117)
	Sobre la higiene (comercio y oficinas), 1964 (núm. 120)
1972	Sobre la inspección del trabajo (agricultura), 1969 (núm. 129)
	Sobre los métodos para la fijación de salarios mínimos, 1928 (núm. 26)
	Sobre el peso máximo, 1967 (núm. 127)
	Sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969 (núm. 130)
1975	Sobre el trabajo portuario, 1973 (núm. 137)
1976	Sobre la edad mínima, 1973 (núm. 138)
1977	Sobre los representantes de los trabajadores, 1971 (núm. 135)
1979	Sobre la fijación de salarios mínimos, 1970 (núm. 131)
	Sobre la prevención de accidentes (gente de mar), 1970 (núm. 134)



1981	Sobre la consulta tripartita (normas internacionales del trabajo), 1976 (núm. 144)
	Sobre la continuidad del empleo (gente de mar), 1976 (núm. 145)
	Sobre la marina mercante (normas mínimas), 1976 (núm. 147)
	Sobre el medio ambiente de trabajo (contaminación de aire, ruido y vibraciones), 1977 (núm. 148)
1982	Sobre las horas de trabajo (industria), 1919 (núm. 1)
1984	Sobre el descanso semanal (industria), 1921 (núm. 14)
	Sobre las vacaciones pagadas (agricultura), 1952 (núm. 101)
	Sobre la administración del trabajo, 1978 (núm. 150)
1991	Sobre las indemnizaciones de desempleo (naufragio), 1920 (núm. 8)
	Sobre el examen médico de los menores (trabajo marítimo), 1921 (núm. 16)
	Sobre las organizaciones de trabajadores rurales, 1975 (núm. 141)
	Sobre la readaptación profesional y el empleo (personas inválidas), 1983 (núm. 159)
1993	Sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (núm. 169)
2001	Sobre las peores formas de trabajo infantil, 1999 (núm. 182)
2014	Sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 (núm. 189)

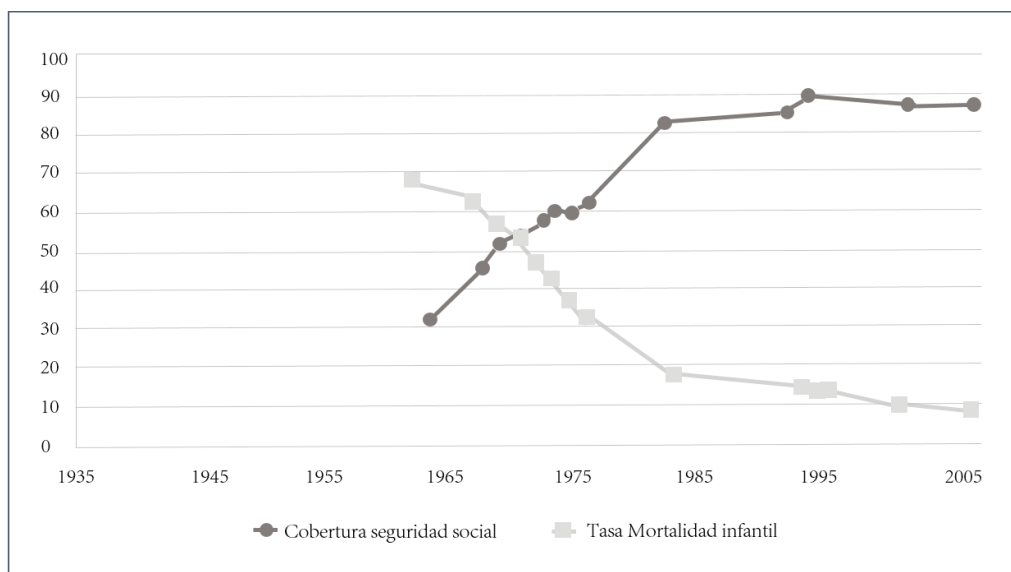
Fuente: elaboración propia con base en OIT (2016).

educación, etc., y la creación institucional destinadas a la protección social y a la generación de empleos hizo que Costa Rica redujera sustancialmente inequidades sociales, mejorara las condiciones de vida la población en general y fuera ejemplo a nivel mundial en términos de políticas sociales, en países en vías de desarrollo.

El gráfico 2 ejemplifica relaciones entre el aumento de cobertura de la seguridad social a través del tiempo y la disminución de la mortalidad infantil, medición como ejemplo de los efectos de la expansión social en el país.

En cuanto a la reducción de la mortalidad infantil (ver gráfico 2) muestra una relación causal entre la tasa de mortalidad infantil y la expansión de la seguridad social. Hasta la década de 1960, las muertes infantiles representaban el 40% de las defunciones registradas en el país⁴⁹, en parte debido una precaria y deficiente salud pública. En 1970, la mortalidad infantil representaba 68 muertes por cada 1000 nacidos(as), mismo momento en el cual la protección social comienza su etapa de más expansión hasta llegar al 2005, año en el cual la tasa de mortalidad infantil se encuentra en 9 muertes por cada 1000 nacidos(as).

Gráfico 2. Expansión seguridad social y reducción mortalidad infantil



Fuente: elaboración propia con base en Vargas, Juan Rafael y Jorine Muise (2013) y datos CEPAL (2016)

49 Rosero-Bixby, Luis (1985). "Determinantes del descenso de la mortalidad infantil en Costa Rica". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana vol. 99(5): 510- 527.



El sistema de seguridad social en Costa Rica

Esta sección describe la organización, los componentes del sistema de servicios de salud de Costa Rica, las relaciones entre ellos y los resultados en la interacción con la población usuaria en el país.

El sistema de servicios de salud⁵⁰ está conformado principalmente por la CCSS, la cual es la institución rectora de la seguridad social y la encargada del aseguramiento público de la salud y pensiones⁵¹ en Costa Rica.

Seguro de enfermedad y maternidad (sem)

La financiación del seguro de salud de la CCSS es contributiva a través de aportaciones tripartitas: empleadores(as) (9.25% SEM), trabajadores(as) (5.50% SEM) y el Estado (0.25% SEM)⁵². El Estado realiza los aportes de los trabajadores públicos,

de forma subsidiaria, parte de lo correspondiente a las personas aseguradas por cuenta propia⁵³.

La cobertura contributiva al seguro de salud en general es de 94.40%, representa el 72.40% de la Población Económicamente Activa (PEA) del total del país. Del 2009 al 2013, la cobertura de asegurados(as) directos activos ha ido en aumento lento, al tiempo que las personas no aseguradas han ido en disminución (ver cuadro 1- gráfico 2).

Financiamiento de la ccss: invalidez-vejez y muerte (ivm)

El seguro IVM es de carácter obligatorio para todos los trabajadores(as) asalariados. Para el IVM, todas las personas que se encuentran efectivamente pensionadas por vejez e invalidez están protegidas, al igual que las personas cotizantes que alcancen los 65 años y tengan el mínimo de cotizaciones requeridas⁵⁴.

Cuadro 1. Cobertura seguro de salud (2009-2013)

	2009	2010	2011	2012	2013
Asegurados(as) directos activos	29.75	31.5	32.47	33.38	33.92
Por cuenta del Estado	11.5	10.67	9.15	8.6	8.84
Pensionados(as)	6.56	6.98	7.17	7.39	7.58
Familiares	41.9	42.75	44.91	44.22	44.05
No asegurados(as)	10.3	8.1	6.3	6.41	5.6

Fuente: elaboración propia con base en datos estadísticos de la CCSS.

50 Otros servicios que forman parte del sistema de servicios de salud son: el Instituto Nacional de Seguros (INS) (riesgos y accidentes laborales), Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA) (provisión del agua y eliminación de agua residuales) y el Ministerio de Salud (rectoría sectorial y programas como CENCINAI). Las tres primeras instituciones son semiautónomas, mientras que el Ministerio de Salud forma parte del Poder Ejecutivo.

51 OPS/OMS (2004). "Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica". Accesado el 4 de julio 2016 en: <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/perfil.pdf>

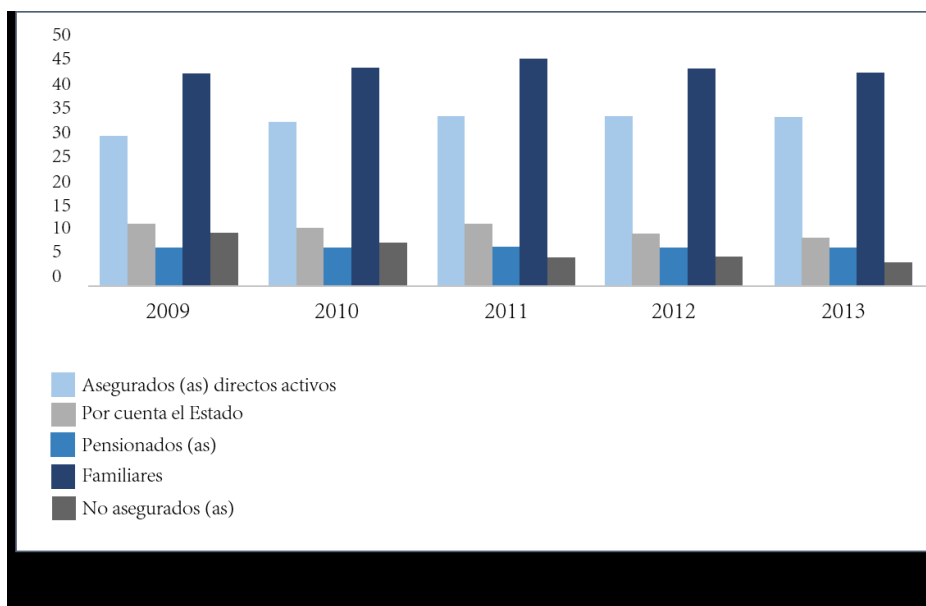
52 Sáenz, María del Rocío; Mónica Acosta; Jorine Muiser; Juan Luis Bermúdez (2011). "Sistema de salud de Costa Rica". Salud Pública de México vol. 53(2): 156-167.

53 OIT (2007). "Características generales del sistema de seguridad social en Costa Rica". Accesado el 1 de julio 2016 en: http://white.lim.ilo.org/ssos/documentos/bissi_modelo_cri_2007.pdf

54 Rodríguez Herrera, Adolfo (2006). "La cobertura de los seguros de salud y de invalidez, vejez y muerte". Accesado el 2 de julio 2016 en: http://estadonacion.or.cr/files/biblioteca_virtual/012/Rodriguez_2006.pdf



Gráfico 3. Cobertura seguro de salud (2009-2013)



Fuente: elaboración propia con base en datos estadísticos de la CCSS

El régimen de pensiones, hasta 1992 era un sistema de reparto, por medio de financiación tripartita de empleadores(as) (4.91% IVM), trabajadores(as) (2.75% IVM) y el Estado (0.25% IVM)⁵⁵. A partir de la reforma de 1994 el sistema se modificó.

Para el año 2013, el porcentaje de las prestaciones representaba 2.47% del PIB. En cuanto a la cobertura de la PEA total, esta se encontraba en 63.87% con una cobertura de 63.53% a la PEA asalariada y 72.17% de la PEA no asalariada. Un 17.64% de la población son personas mayores de 60 años y 26.70% mayores de 65 años (ver cuadro 2).

Cuadro 2. Cobertura de pensiones (2009-2013)

	2009	2010	2011	2012	2013
Cobertura PEA total	56.19	62.62	61.85	63.25	63.87
PEA asalariada	61.17	63.04	61.65	62.8	63.53
PEA no asalariada	46.93	67.47	69.03	72.72	72.17
Relación pensionados/cotizantes	13.49	13.25	13.49	13.82	14.21
Relación cotizantes/pensionados	7.41	7.55	7.41	7.24	7.04
Pensionados población 60 y más	14.69	12.76	13.51	13.54	17.64
Pensionados población 65 y más	21.71	18.39	19.59	19.43	26.7
Pensionados según riesgo					
Invalidez	28.67	27.58	26.52	25.56	24.61
Vejez	37.13	38.5	39.7	41.06	42.84
Muerte	34.2	33.92	33.78	33.38	32.55
Gasto					
Gastos en prestaciones como % PIB	2.11	2.12	2.21	2.36	2.47
Gatos en prestaciones por asegurado(a) directo activo (colones)	296.794	314.409	346.578	390.236	433.081

Fuente: Anuarios estadísticos CCSS (2014).

55 Sáenz, María del Rocío; Mónica Acosta; Jorine Muiser; Juan Luis Bermúdez (2011). "Sistema de salud de Costa Rica". Salud Pública de México vol. 53(2): 156-167.



Financiamiento CCSS: RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO (RNC)

Las personas beneficiarias del RNC son todas aquellas quienes se encuentren en situación de pobreza o pobreza extrema y que no califican en alguno de los regímenes contributivos⁵⁶. Las personas que acceden al RNC deben de tener ingresos inferiores o iguales a la línea de pobreza, inexistencia de más de una propiedad inscrita, falta de medios económicos o ayuda en especie permanente para satisfacer necesidades básicas y carencia de bienes de significado económico, condición de no asalariado(a)⁵⁷.

El financiamiento al RNC proviene por medio del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), el cual destina aproximadamente el 20% de sus ingresos ordinarios⁵⁸. Para el año 2013, se encontraban un total de 94.928 personas pensionadas bajo el RNC, las cuales reciben un monto promedio de ₡77.022 colones, además, de 2338 personas pensionadas dependientes, quienes reciben aproximadamente ₡74.235 colones mensuales (ver cuadro 3).

Cuadro 3. RNC de pensiones: pensionados, monto pagado y monto promedio (2013)

Tipo de pensión	Pensionados	Monto pagado	Monto promedio
Pensionados(as)	94,928	7,311,497,278	77,022
Jefes de familia mayores de 65 años	16,762	1,206,655,488	71,988
Jefes de familia inválidos	7,865	568,482,200	72,280
Personas solas mayores 65 años	40,448	2,912,256,000	72,000
Personas solas inválidas	20,790	1,502,711,595	72,281
Madres solas con hijos menores o inválidos	1,506	108,886,465	72,302
Viudas mayores 50 y menores de 65 años	442	31,824,000	72,000
Menores con o sin protección institucional	1,631	122,279,332	74,972
Indigentes	2,417	174,024,000	72,000
Parálisis Cerebral	3,067	684,378,198	223,143
Pensionados(as) dependientes	2,338	173,561,469	74,235
Cónyuges o compañeros del jefe	1,087	79,603,184	73,232
Hijos	986	74,551,805	75,610
Continua			
Huérfanos de padres y madre	71	5,199,472	73,232
Otros dependientes con parentesco	149	10,911,568	73,232
Otros dependientes sin parentesco	45	3,295,440	73,232

Fuente: anuarios estadísticos CCSS (2014).

56 CCSS (2008). “Reglamento del Programa Régimen No Contributivo de Pensiones”. San José, setiembre.

57 Ibidem.

58 Ibidem.

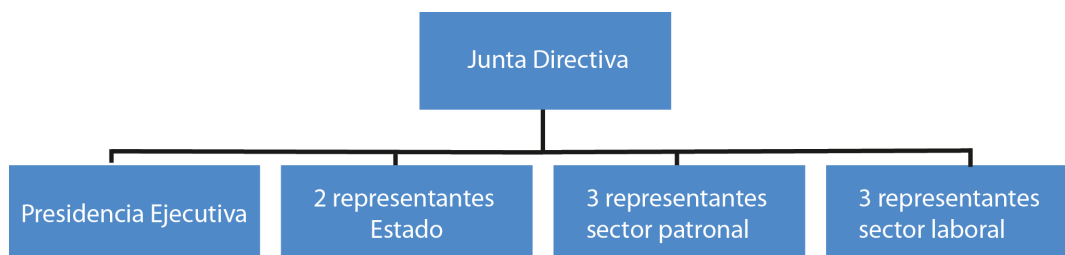


Organización interna

La CCSS es dirigida por una Junta Directiva, la cual está integrada por una presidencia ejecutiva y por ocho personas representantes de diferentes sectores de la sociedad, específicamente dos representantes

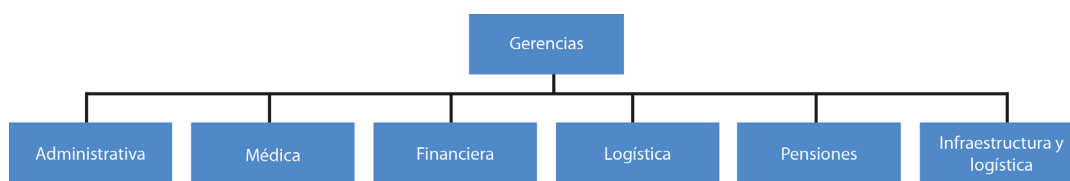
del Estado, tres representantes del sector patronal y tres representantes del sector laboral (ver figura 1) más seis gerencias que no son parte de la Junta Directiva, pero tienen un poder real en la toma de decisiones institucional.

Figura 1. Organización interna CCSS: Junta Directiva



Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Organización interna CCSS: Gerencias



Fuente: elaboración propia.

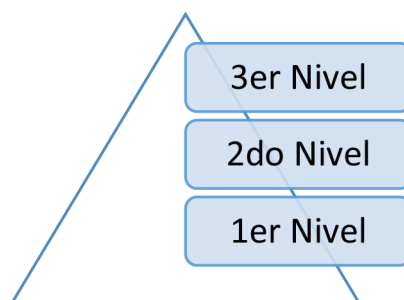
Seguros de salud

El seguro de salud otorga asistencia sanitaria, por ejemplo: en consulta, internamientos, reconocimientos o medicamentos, así como también, prestaciones económicas en caso de enfermedad y maternidad para trabajadores(as) (y sus familias) directos, independientes o bien personas que se inscriben como voluntarias a la seguridad social⁵⁹.

La provisión de servicios de salud está a cargo de establecimientos organizados en tres niveles de atención, los cuales están intrínsecamente relacionados (ver figura 3).

El primer nivel constituye el acceso al sistema de servicios de salud y se proporciona por medio de puestos de salud, centros de salud y clínicas (por ejemplo, los EBAIS)⁶⁰.

Figura 3. Niveles de atención CCSS



Fuente: elaboración propia

59 OIT (2007). “Características generales del sistema de seguridad social en Costa Rica”. Accesado el 1 de julio 2016 en: http://white.lim ilo.org/ssos/documentos/bissi_modelo_cri_2007.pdf

60 Ibidem.



El segundo nivel de atención ofrece servicios especializados, internamiento y tratamiento médico y quirúrgico de especialidades básicas de medicina interna. Este nivel, está conformado por 10 clínicas mayores, 13 hospitales periféricos y 7 hospitales regionales.

Finalmente, el tercer nivel de atención proporciona atención especializada, tratamientos médicos y quirúrgicos complejos a través de 3 hospitales nacionales generales (Hospital México, Hospital San Juan de Dios y Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia) y 5 hospitales nacionales especializados.

El estado de la seguridad social costarricense en la actualidad

Desde su creación la CCSS ha experimentado diversas transformaciones, reformas (principalmente en los años 90) y crisis financieras-administrativas. Sin embargo, el sistema creado ha mostrado fuertes bases estructurales para mantenerse como la institución más grande de Centroamérica, la más importante del país y la más valorada por su población.

Si bien es cierto, la CCSS ha tenido varios momentos cruciales en su historia, en años recientes marca un antes y un después de la crisis financiera-administrativa-gerencial del año 2011, que no solo mostró las debilidades financieras de sostenibilidad, sino que también develó problemas de corrupción en todos los niveles y ámbitos de acción de la institución. La corrupción se define como obtener una ganancia privada al abusar el poder público⁶¹.

De acuerdo con Transparencia Internacional (2015), existen tres tipos de corrupción: corrupción menor (abuso de poder diario en actividades rutinarias por parte de funcionarios(as) de no altos rangos), corrupción mayor (jerarcas de alto nivel del gobierno se benefician de los bienes públicos) y corrupción política (manipulación de políticas, instituciones, y reglas para la colocación de recursos y financiamiento, es un abuso de poder, estatus y riqueza)⁶².

61 Gong, Ting, and Alfred M. Wu (2012). "Does Increased Civil Service Pay Deter Corruption? Evidence from China." *Review of Public Personnel Administration* 32 (2): 192–204.

62 Transparencia Internacional (2015). "How do you define corruption?" Transparencia Internacional. Accesado el 11 de julio 2016 en: https://www.transparencia.org/whoweare/organisation/faqs_on_corruption/2/

Si bien es cierto que los casos de corrupción no son ajenos al conocimiento de la población, la CCSS presenta los tres tipos de corrupción, por ejemplo, desde una oficina de servicios (corrupción menor), un médico(a) a través de un biombo o personal médico involucrado en el tráfico de órganos (corrupción mayor), hasta jerarcas manipulando a la institución y sus normativas para su propio beneficio o el de sus allegados abusando su posición de poder (corrupción política).

Principales problemáticas de la seguridad social

Entre el periodo 2011, momento que se presentó la crisis financiera-administrativa, y el 2016, diversos actores sociales y políticos han realizado diversas propuestas, recomendaciones y estudios sobre la situación actual de la seguridad social en el país⁶³.

En este sentido, la sociedad civil identificó ocho principales problemáticas que afectan severamente a la institución: calidad de servicios; dirección de la CCSS; deuda del Estado con la CCSS; interés público-privado; evasión, morosidad y deudas empresariales; falta de participación ciudadana; jornadas laborales y productividad; y poblaciones en condición de vulnerabilidad.

Calidad de los servicios

La calidad de los servicios fue expuesta por todos los actores sociales que emitieron documentos o informes. Es la temática donde se concentra la mayoría de la problemática, específicamente en: listas de espera, expediente electrónico, medicamentos y enfoque en el modelo de atención.

a) Listas de espera

Las listas de espera constituyen una problemática importante, desde finales de los años noventa. Ante esta situación, en el año 2001, la Junta Directiva de la CCSS creó la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE), para enfrentar la problemática. Le corresponde llevar un registro de la totalidad de personas que esperan por una cirugía.

63 León Espinoza, Diana (2016). 'Sistematización y análisis de propuestas de la sociedad civil a la seguridad social'. Documento preparado para la Plataforma Nacional sobre seguridad social de la Fundación Friedrich Ebert (FES).



Inicialmente “la UTLE capacitó al recurso humano en funciones especializadas, a través del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), para cubrir el déficit de especialistas; dos años después definió una estructura enfocada en la remisión del número de pacientes por parte de los centros, con ello creó la primera metodología del conteo de pacientes”⁶⁴.

Para el año 2005, comenzaron a “depurar las listas de espera, con centros de llamadas, inicialmente en el Hospital Max Peralta de Cartago y en la Clínica Marcial Rodríguez, dos años después, en 2007, iniciaron la elaboración de la alternativa de pago para la atención de cirugías con el fin de optimizar los mecanismos de control y evaluación, dando inicio al modelo de pago de cirugía vespertina”⁶⁵. Un plan piloto de cirugía vespertina inició en primera instancia en los hospitales San Juan de Dios, Calderón Guardia⁶⁶, Max Peralta⁶⁷ y luego se incluyeron seis hospitales más.

A su vez, se iniciaron planes piloto para fortalecer cirugías de retina, mejorar problemas con ultrasonidos, mamografías⁶⁸. Este plan piloto dio como resultado un 90% de impacto en la lista de espera de cirugías de retina, entre un 30%-40% en ultrasonidos, entre 36%-78% en mamografías y 70% en reportes de mamografías⁶⁹.

En 2009, la UTLE “distribuyó guías para la gestión, control, certificación y recertificación de las listas de espera, con el fin de: mejorar la gestión en la atención de personas en centros médicos, asegurar la accesibilidad de los servicios a los pacientes, impedir la duplicidad de pacientes en una misma especialidad y procedimientos por hospital, analizar el ausentismo y

la participación de los pacientes, y agilizar la aplicación de planes pilotos en los establecimientos”⁷⁰.

A pesar de múltiples programas que se han tratado de implementar en la red hospitalaria del país, desde comienzos de la década del 2000, en la actualidad, la evidencia estadística, en cuanto a las listas de espera y avances a partir de programas implementados en los últimos años, han sido pocos.

La incapacidad institucional para reducir las listas y el aumento de enfermedades crónicas en la población ha conllevado a una situación de emergencia. Para mayo 2015, el bloque sindical Patria Justa, ante la problemática de las listas de espera y la muerte de pacientes de los servicios de cardiología del Hospital México, manifestó que la CCSS estaba viviendo la crisis más grave de toda su historia. Además, el secretario general de la Asociación Nacional de Empleados Públicos y Privados (ANEP), Albino Vargas, hace un llamado para declarar la situación de emergencia nacional⁷¹.

Durante ese mismo mes, la CCSS lanza el “Plan de Atención Oportuna”, el cual tiene como intención “fortalecer las capacidades locales y regionales a través de la optimización de la capacidad instalada en las unidades institucionales, para mejorar los plazos de atención y promover la sostenibilidad y la atención oportuna a la población”⁷². En el mismo mes, representantes del sector de patronos(as) y sindicatos de la Junta Directiva de la CCSS, respectivamente Marielos Alfaro y Mario Devandas, manifiestan la emergencia nacional que se vive en la CCSS; más de medio millón de personas se encuentran en lista de espera: “122.492 para cirugía; 179.939 en consulta externa y 268.325 para otros exámenes u otros procedimientos”⁷³. Registros de la

64 Monge-Navarro, Andrea; Murillo-Sancho, Gabriela; Calderón-Céspedes, Alejandro; Vega Araya, Andrea; Aguilar-Cubillo, Ariadna (2014). “Listas de espera”. *Acta Médica Costarricense*, vol. 56 (2): 71-77. P. 74.

65 Ibidem. P. 74-75

66 Plan piloto fue cancelado en el Hospital Calderón Guardia debido a irregularidades por parte del personal médico de la institución.

67 Monge-Navarro, Andrea; Murillo-Sancho, Gabriela; Calderón-Céspedes, Alejandro; Vega Araya, Andrea; Aguilar-Cubillo, Ariadna (2014). “Listas de espera”. *Acta Médica Costarricense*, vol. 56 (2): 71-77. P. 74

68 Ibidem.

69 Ibidem.

70 Ibidem.

71 La Prensa Libre (23 mayo 2015). “ANEP: CCSS vive la crisis más grande en toda su historia”. Accesado el 12 de setiembre 2016 en: <http://www.laprensalibre.cr/Noticias/detalle/25778/273/anep-ccss-vive-la-crisis-mas-grande-en-toda-su-historia>

72 La Prensa Libre (19 mayo 2015). “Plan de la CCSS ofrecería una mejor atención a los usuarios”. Accesado el 15 setiembre 2016 en: <http://www.laprensalibre.cr/Noticias/detalle/25110/268/plan-de-la-ccss-ofreceria-una-mejor-atencion-a-los-usuarios>

73 Amelia Rueda (26 mayo 2015). “Directivos de la CCSS piden declarar listas de espera como emergencia nacional”. Accesado el 12 setiembre 2016: <http://www.ameliarueda.com/>



Gerencia Médica estimaban para mayo 2015, que los días de espera para una cirugía, pasaron de 623 días en 2012 a 200 días en el 2015⁷⁴.

En julio 2015, el Colegio de Médicos exigía a la CCSS la implementación de medidas reales y efectivas para reducir las listas de espera, estimadas en 650.000 personas. Para este periodo, el Colegio solicitó “adquirir equipo adecuado, mejorar la infraestructura y aumentar el recurso humano y técnico en la institución”⁷⁵.

En agosto 2015, el Colegio de Enfermeras de Costa Rica presentó un proyecto de ley (No. 19.692) ante la Asamblea Legislativa, con la finalidad reducir las listas de espera y legitimar el derecho a la salud de las personas. El proyecto de ley busca “crear un registro unitario de las listas de espera y darle a la CCSS un plazo de seis meses para atender a los y las pacientes en caso de cirugía, un mes en prueba diagnóstico o terapéutica y dos meses en consulta con especialista”⁷⁶.

Para setiembre 2015, los(as) diputados(as) de la Comisión Especial de la Asamblea Legislativa, que investigaron la denuncia realizada por la Dra. Sofía Bogantes por la muerte de 141 pacientes en espera de un catéter, recomendaron eliminar la UTLE debido a la ineficiencia de las medidas implementadas desde inicios de su gestión y propusieron la creación de un sistema informático que englobe a todos los centros médicos y que registre las listas de espera por paciente⁷⁷.

nota/junta-directiva-ccss-pide-declaratoria-emergencia-nacional-listas-espera

74 La Nación (22 mayo 2015). “Diputados dudan de los registros en las listas de espera en Cardiología”. Accesado el 12 de setiembre 2016 en: http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Diputados-registros-listas-espera-Cardiologia_0_1489051094.html

75 TELETICA (23 julio 2015). “Problemas con listas de espera enfrenta a CCSS con el Colegio de Médicos”. Accesado el 11 setiembre 2016 en: <http://www.teletica.com/noticias/21827-Problemas-con-listas-de-espera-enfrenta-a-CCSS-con-el-Colegio-de-Medicos.note.aspx>

76 La Prensa Libre (24 agosto 2015). “Diputados buscan reducir listas de espera en la CCSS”. Accesado el 12 de setiembre 2016 en: <http://www.laprensalibre.cr/Noticias/detalle/37685/365/diputados-buscan-reducir-listas-de-espera-en-la-ccss>

77 La Prensa Libre (16 setiembre 2015). “Caja desconoce si eliminará departamento que controla listas de espera”. Accesado el 11 de setiembre 2016 en: <http://www.laprensalibre.cr/Noticias/detalle/40390/389/caja-desconoce-si-eliminara-departamento-que-controla-listas-de-espera>

Entre enero y febrero del 2016, la Defensoría de los Habitantes manifiesta su preocupación por el tiempo de espera de pacientes para realizarse una Tomografía Axial Computarizada (TAC) y la lectura de los resultados, debido a la alta cantidad de estudios radiológicos y la baja capacidad instalada del recurso humano disponible, principalmente, en San Carlos y Liberia, donde pacientes tienen que ser referidos al Hospital México⁷⁸. A su vez, la institución realizó un llamado de atención a la CCSS con el fin de agilizar listas de espera de pacientes con cáncer quienes, de acuerdo con la Defensoría, no “pueden responder a los mismos criterios utilizados para el resto de padecimientos”⁷⁹.

En febrero 2016, sindicatos de la Unión Nacional de Empleados de la Caja (UNDECA) y el Bloque Unitario Sindical y Social Costarricense (BUSSCO) realizan una manifestación debido a las listas de espera en la CCSS. De acuerdo con Víctor Arce, dirigente de UNDECA “este es el inicio de una campaña que arrancamos para denunciar fundamentalmente la enorme cantidad de muertes que hay por las listas de espera, nosotros le llamamos listas de la muerte. La responsabilidad fundamental está en la dirección de la CCSS, por eso estamos acá, pero también los tribunales deben actuar ante las demandas que existen”⁸⁰.

En setiembre 2016, UNDECA denuncia que las listas de espera estarían superando las 600.000 personas incluyendo cirugías, consultas, diagnósticos, ultrasonidos, TACs, citologías, mamografías, etc., debido a la falta de efectivas respuestas institucionales, faltante de personal en general y problemas de infraestructura en centros médicos⁸¹.

78 El Mundo (31 enero 2016). “Defensoría urge a la CCSS soluciones para pacientes en espera de TAC y diagnóstico”. Accesado el 13 setiembre 2016: <http://www.elmundo.cr/defensoria-urge-a-la-ccss-soluciones-para-pacientes-en-espera-de-tac-y-diagnostico/>

79 Diario La Extra (4 febrero 2016). “Defensoría pide a CCSS agilizar espera para pacientes con cáncer”. Accesado el 12 de setiembre 2016: <http://www.diarioextra.com/Noticia/detalle/283146/defensoria-pide-a-ccss-agilizar-espera-para-pacientes-con-cancer->

80 La Nación (26 febrero 2016). “Sindicatos protestan en San José por listas de espera de la CCSS”. Accesado el 12 setiembre 2016: http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/listas_de_espera-protesta-sindicatos-CCSS_0_1545045579.html

81 La Nación (13 setiembre 2016). “UNDECA denuncia que listas de espera de la CCSS superan los 600.000 pacien-



Expediente electrónico

Desde 1996, la CCSS intenta innovar sus sistemas de información con la digitalización de expedientes médicos. En 1999, la institución comienza a utilizar carnés electrónicos para personas aseguradas del Hospital Calderón Guardia, por medio de un código de barras con la información de las y los pacientes⁸². Para 1999, se proyectaba brindar a 400.000 personas aseguradas directas el carné electrónico con el fin de “mejorar el acceso al expediente de las personas, reducir filas y disminuir tiempos de espera”⁸³.

En 2002, la CCSS indica que la implementación del expediente electrónico se proyectaba para un plazo de 10 años⁸⁴. Este plazo fue considerado excesivo por parte de compañías que implementaban los nuevos sistemas digitales. A ello se sumaba la falta de inversión institucional en tecnología, la cual en el periodo de 1997 al 2002, no había llegado al 1% del presupuesto total que se consideraba necesario⁸⁵. Sin embargo, Luis Blanco, coordinador del Sistema de Integración Gerencial de la CCSS, expresó que para el 2004 el 25% de la población total del país contaría con un expediente electrónico⁸⁶.

En abril del 2003, la CCSS intentó realizar una contratación directa a la empresa Productos Informáticos para el Desarrollo (PRIDES) con el fin de desarrollar un plan piloto en seis clínicas metropolitanas, por medio de un préstamo de \$180.000 al Banco Mundial⁸⁷. No obstante, el Banco Mundial rechazó la solicitud pues lo consideró poco productivo.

tes”. Accesado el 15 setiembre 2016 en: http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Undeca-denuncia-CCSS-superan-pacientes_0_1585041550.html?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_content=2016-09-14&utm_campaign=rss-nacional

82 La Nación (27 febrero 1999). “Moderno carné para asegurados”. Accesado el 12 de setiembre 2016 en: http://www.nacion.com/ln_ee/1999/febrero/27/pais8.html

83 Ibidem.

84 El Financiero (28 abril 2002). “Desigual avance en los expedientes electrónicos”. Accesado el 11 de setiembre 2016 en: http://www.elfinanciero.cr/com/ef_archivo/2002/abril/28/tecnologia1.html

85 Ibidem.

86 Ibidem.

87 La Nación (20 diciembre 2003). “Fallas en trámites de expediente electrónico”. Accesado el 12 setiembre 2016 en: http://www.nacion.com/ln_ee/2003/diciembre/20/pais5.html

En mayo 2003, la CCSS comienza un plan piloto para implementar un sistema de asignación de citas por teléfono, además de continuar con la implementación del sistema de expediente electrónico en diferentes centros de salud del país⁸⁸. Para setiembre del mismo año, los expresidentes ejecutivos de la CCSS y del INS, Eliseo Vargas y German Serrano, firman un convenio de cooperación interinstitucional para el uso del Sistema de Información Médico-Administrativa (SIMA) programa desarrollado inicialmente por el INS y que la CCSS adecuaría a las necesidades de la institución⁸⁹. De acuerdo con Eliseo Vargas “en cuanto esté listo lo vamos a usar, pero se va a aplicar de lleno en enero, cuando se dé inicio al Programa de Automatización de Servicios de Salud (PASS)”⁹⁰.

En diciembre 2003, la Contraloría General de la República (CGR) en su informe DFOE-SA-2003, encontró una serie de deficiencias en las gestiones realizadas por la CCSS y expresó que esta “no realizó estudios de costo-beneficios que demuestren las ventajas del sistema del INS y omitió requisitos básicos que aseguren la viabilidad del proyecto, por lo que resultaron en intentos fallidos de avanzar en un plan piloto del expediente electrónico”⁹¹. La CGR, no aprobó el convenio entre la CCSS y el INS debido a problemas con la propiedad de las licencias que el INS tendría que aclarar al órgano contralor⁹².

En el año 2007, un análisis de competencias gerenciales de directores de centros hospitalarios de la CCSS determinó un débil sistema de información y comunicación en la institución lo cual resultó en la falta de expediente electrónico una carencia fundamental de la CCSS y considerada de vital importancia para la rápida atención de pacientes⁹³.

88 El Financiero (11 mayo 2003). “CCSS implementará citas telefónicas y expediente electrónico”. Accesado el 12 de setiembre 2016 en: http://www.elfinanciero.cr/com/ef_archivo/2003/mayo/11/actualidad9.html

89 Al Día (9 setiembre 2003). “CCSS tiene expediente electrónico”. Accesado el 12 de setiembre 2016 en: http://www.aldia.cr/ad_ee/2003/septiembre/09/nacionales1.html

90 Ibidem.

91 Ibidem.

92 Ibidem.

93 Mora Aguilar, Ana Isabel (2007). Análisis de competencias gerenciales de directores: centros hospitalarios de la CCSS. San José: CCSS y CENDEISS.



Para el año 2009, la CCSS desarrolla el Expediente Digital Único en Salud. En el 2010, se identifica que la CCSS estaría llegando al año 2011 a un 50% de cobertura nacional en 20 hospitales, 104 áreas de salud y 900 EBAIS, con excepción del Hospital de Niños(as), el cual implementa un sistema electrónico (en la actualidad MEDISYS) desde los años noventa⁹⁴.

En mayo 2012, el voto unánime de la Sala Constitucional, No. 6859-2012 del 23 de mayo, le ordena a la Presidenta Ejecutiva de la CCSS, Ileana Balmaceda, y a la Junta Directiva, implementar y ejecutar en un plazo razonable Expediente Digital Único en Salud (EDUS) y a extenderlo a todas las áreas de salud⁹⁵.

Para julio 2013, las y los diputados de la Asamblea Legislativa aprobaron el proyecto de ley de Expediente Digital Único de la Salud, el cual le da a la CCSS un plazo máximo de cinco años para que implemente el proyecto en todos los centros de salud del país, específicamente, tres años para la atención primaria (EBAIS y Clínicas) y dos años para los hospitales⁹⁶. Un mes después, en agosto 2013, la CGR ordena a la Junta Directiva de la CCSS elaborar y ejecutar un Plan de Gestión del EDUS debido a que el órgano contralor expresa que el proyecto camina lento debido a inconsistencias en la planificación e integración de la conectividad y equipamiento tecnológico⁹⁷.

En abril 2014, la CCSS había incorporado alrede-

dor de 2.900.000 personas en el nuevo sistema electrónico MediSys, plataforma que abarca tres sistemas: de agendas y citas, ficha familiar para visitas en casa y expediente electrónico⁹⁸. En agosto del mismo año, la CCSS anuncia que las personas usuarias de 355 EBAIS podrán realizar sus citas por medio de internet reservando un 60% para solicitudes vía internet y un 40% para gestiones personales⁹⁹.

Un año después, en mayo 2015, la CCSS manifestaba que le iba a tomar ocho años más incorporar a las personas aseguradas a un expediente electrónico que sea de consulta en cualquier centro de salud¹⁰⁰. Sin embargo, para enero 2016, la CCSS expresa que el proceso que comenzaron en centros de salud periféricos, en primera instancia y hospitales centrales, en segunda, concluirá en dos años y medio, es decir, en el segundo semestre del 2018¹⁰¹.

En julio 2016, la Contraloría General de la República (CGR) reconoce los avances de la CCSS en los últimos años, no obstante, llama la atención a la institución debido a la ausencia de la aprobación del “Reglamento del Expediente Digital Único en Salud que regule los elementos mínimos para el uso, propiedad, administración, archivo, conservación, no repudio, eventual transferencia de la información y la responsabilidad de velar por la integridad, confidencialidad y disponibilidad del expediente”¹⁰².

Al presente, la CCSS se apresura para cumplir con el plazo de cinco años otorgado por los y las dipu-

94 El Financiero (20 junio 2010). “Expediente digital a poquitos”. Consultado el 12 de setiembre 2016: http://www.elfinancierocr.com/ef_archivo/2010/junio/20/tecnologia2399704.html

95 Sala Constitucional (2012). “Sala IV obliga a la CCSS a implementar en un plazo razonable el proyecto de “Expediente Digital Único en Salud” (EDUS) por ventajas en prestación de los servicios de salud”. Consultado el 10 setiembre 2016 en: <http://sitios.poder-judicial.go.cr/salaconstitucional/comunicados/COMUNICADOS%202012/SC-CP-35-12.pdf>

96 CR Hoy (31 julio 2013). “Diputados dan 5 años a la CCSS para que implemente el expediente electrónico”. Consultado el 12 de setiembre 2016 en: <http://www.crhoy.com/archivo/diputados-dan-5-anos-a-la-ccss-para-que-implemente-el-expediente-electronico/nacionales/>

97 La Nación (6 agosto 2013). “Contraloría señala fallas en plan de expediente digital de la CCSS”. Consultado el 12 de setiembre 2016 en: http://www.nacion.com/nacional/Contraloria-detecta-ejecucion-expediente-Caja_0_1358264286.html

98 TELETTICA (1 abril 2014). “Médicos de EBAIS ya usan los expedientes electrónicos”. Consultado el 12 setiembre 2016 en: <http://www.teletica.com/m/note.aspx?note=48705>

99 InformaTico (19 agosto 2014). “CCSS habilita sistema de citas por Internet”. Consultado el 13 de setiembre 2016 en: <http://informa-tico.com/19-08-2014/ccss-habilita-sistema-citas-internet>

100 La Nación (27 mayo 2015). “CCSS demora 8 años más el expediente electrónico”. Consultado el 12 setiembre 2016 en: http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/CCSS-demora-ano-expediente-electronico_0_1490051010.html

101 La Prensa Libre (27 enero 2016). “Expediente electrónico estará listo dentro de años”. Consultado el 11 de setiembre 2016 en: <http://laprensalibre.cr/Noticias/detalle/55900/521/expediente-electronico-estara-listo-dentro-de-2-anos>

102 CGR (28 julio 2016). “Informe No. DFOE-SOC-IF-07-2016: Informe de auditoría de carácter especial sobre el avance del proyecto expediente digital único en salud (EDUS)”. Consultado el 10 de setiembre 2016 en: https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs_cgr/2016/SIGYD_D_2016012755.pdf



tadas en el 2013. La actual Presidenta Ejecutiva, María del Rocío Sáenz, determina que la cobertura nacional se encuentra entre el 75% al 90% en el primer nivel de atención¹⁰³.

Medicamentos

La compra de medicamentos de la CCSS está regulada por el artículo 71 de la Ley Constitutiva de la Caja (Ley No. 6914), el cual establece:

Artículo 71.- La Caja Costarricense de Seguro Social está autorizada para importar, desalmacenar, fabricar, comprar, vender y exportar, directamente, medicamentos incluidos en el Formulario Nacional, reactivos y biológicos, así como materias primas y materiales de acondicionamiento y empaque, requeridos en la elaboración de aquellos. Igualmente queda autorizada para suplir estos mismos artículos a las instituciones públicas y privadas que presten servicios de salud.

La política de medicamentos establecida en 1982, procura asegurar la disponibilidad de medicinas esenciales para el sistema de salud considerando aspectos sanitarios, farmacológicos, epidemiológicos y clínicos. En este sentido, la CCSS posee dos regímenes de compra, el primero, de medicamentos e insumos médicos, los cuales están incluidos en la lista general de medicamentos de la institución y, el segundo, el resto de las compras¹⁰⁴.

La mayor problemática que presenta la institución radica en el hecho de que la Gerencia de Logística carece de un programa de administración de inventarios en cuanto al bodegaje y distribución de medicamentos e insumos¹⁰⁵ ocasionando déficit, excesos de medicamentos y grandes pérdidas económicas por vencimiento o problemas de almacenamiento¹⁰⁶. Al mismo tiempo, “posee 289

centros de compra lo cual crea dispersión de costos e inconsistencias”¹⁰⁷ que permitan conocer la situación real en este ámbito. Situaciones que desde el 2004, la CGR había llamado la atención debido al “desorden, controles inoperantes que generan desperdicios, riesgos para la salud pública, carencia de un proceso de planificación estratégica, la presencia de un modelo de administración de inventarios erosionado”, entre otros¹⁰⁸. Además, se le suman los cambios poblacionales y crecimiento de enfermedades crónicas, ha elevado el gasto de la institución. Gasto que en muchos casos se dispara por diversos recursos de amparo ante la Sala Constitucional¹⁰⁹, especialmente para el acceso a fármacos fuera de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM). De acuerdo con el Poder Judicial, “en promedio se reciben diariamente alrededor de 15 recursos de amparo contra la CCSS tanto para medicamentos, listas de espera y prestación de servicios”¹¹⁰.

Ante la crisis de la institución en 2011, la CCSS comenzó a buscar en “primera instancia la implementación de un sistema integral que normalizara y evaluara la actividad de contratos y en segunda instancia, revisar los sistemas de información, evaluar el modelo de adquisiciones, revisar el proceso de almacenamiento y distribución, diagnosticar el proceso de producción industrial e implementar la simplificación de trámites”¹¹¹.

Para 2013, la CCSS decidió implementar una plataforma electrónica para compra de insumos y medicamentos a través del sistema “Compra Red” el cual, de acuerdo con la institución, es de uso gratuito generando ahorros en el pago de comisiones que otros sistemas

social costarricense con la seguridad social. San José, octubre 107 Ibidem.

108 CGR (2004). “Informe DFOE-SA-8-2004: Estudio sobre el sistema de administración de inventarios de medicamentos y suministros médicos de la CCSS”. Accesado el 12 setiembre 2016 en: http://www.nacion.com/ln_ce/2004/junio/14/ccss.pdf

109 Ibidem.

110 Sauma, Pablo (2013). *Análisis de experiencias internacionales sobre sistemas nacionales de salud: el caso de Costa Rica*. Santiago: CEPAL.

111 CR Hoy (5 junio 2012). “CCSS desconoce cuánto gasta en compras de medicamentos”. Accesado el 12 setiembre 2016 en: <http://www.crhoy.com/archivo/ccss-desconoce-cuanto-gasta-en-compras-de-medicamentos/economia/>

103 CR Hoy (12 setiembre 2016). “Expediente Electrónico de la CCSS en contra del tiempo”. Accesado el 13 setiembre 2016 en: <http://www.crhoy.com/nacionales/expediente-electronico-de-la-ccss-en-contra-del-tiempo/>

104 Asamblea Legislativa (2012). Expediente No. 18.201: Informe afirmativo de mayoría sobre Reconstitución del pacto social costarricense con la seguridad social. San José, octubre.

105 Comisión de Notables (2011). *Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del seguro de salud de la CCSS*. Setiembre.

106 Asamblea Legislativa (2012). Expediente No. 18.201: Informe afirmativo de mayoría sobre Reconstitución del pacto



requieren¹¹². Mediante este sistema, se realizan cerca del 81% de las compras de insumos y medicamentos y 19% para compras urgentes, vacunas y otros.

Enfoque en el modelo de atención

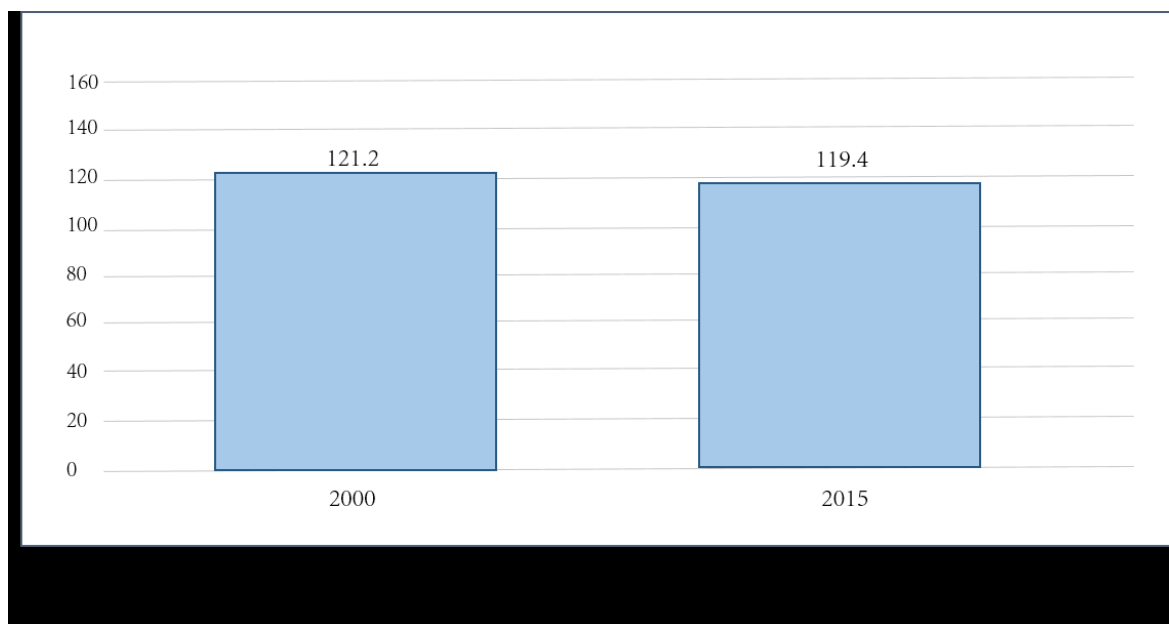
En la década de los noventa, se reorganizó el nivel de atención primaria del país. De este modo, se trasladaron funciones, personal, instalaciones y equipo de centros de salud del Ministerio de Salud a la CCSS. Con esta reforma sectorial, desde 1995, el Ministerio de Salud comenzó la transición de un rol proveedor hacia un rol rector de salud en el país, lo cual implicó que el Ministerio de Salud se centrara en “la implementación de cambios financieros, estructurales e institucionales del sistema de salud y se ha prestado menos atención a los aspectos del desarrollo del sistema orientados a la reducción de inequidades en salud y al ejercicio de la función rectora por parte del Ministerio de Salud”¹¹³.

La rectoría implica la “coordinación interinstitucional e intersectorial para aumentar el impacto en el nivel de salud de la población; garantiza la calidad de los servicios de salud; protege y mejora el ambiente humano; vela por la equidad en la asignación de los recursos en salud y asegura el acceso de la población a los servicios de salud según sus necesidades”¹¹⁴.

Esta reorganización, de acuerdo con la Comisión de Notables (2011), dejó al país sin una serie de acciones de prevención de la salud que, anteriormente, el Ministerio de Salud había contribuido a la prevención de enfermedades y al mejoramiento de la salud de la población¹¹⁵, manteniendo únicamente algunos programas de atención poblacional como el control del dengue, malaria y rabia canina¹¹⁶.

En la actualidad, el país se encuentra ante una encrucijada; la población costarricense tiene una alta esperanza de vida, la cual, actualmente se encuentra en 82.5 años en mujeres y 78.3 años en hombres¹¹⁷

Gráfico 4. Muerte por enfermedades del sistema circulatorio (por cada 100.000 habitantes)



Fuente: elaboración propia con base en PAHO (2016)

112 La Nación (7 octubre 2014). “Sistema Compra Red generó a la CCSS ahorro por €8.000 millones”. Accesado el 13 setiembre 2016 en: http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Caja-compro-millones-medicamentos-Compra-Red_0_1443655724.html

113 PAHO (2005). “Rectoría en Salud en Costa Rica”. Accesado el 12 de setiembre 2016 en: <http://www.paho.org/hq/documents/events/elsalvador05/edo-frasn-costa-rica.pdf?ua=1>

114 Ibidem.

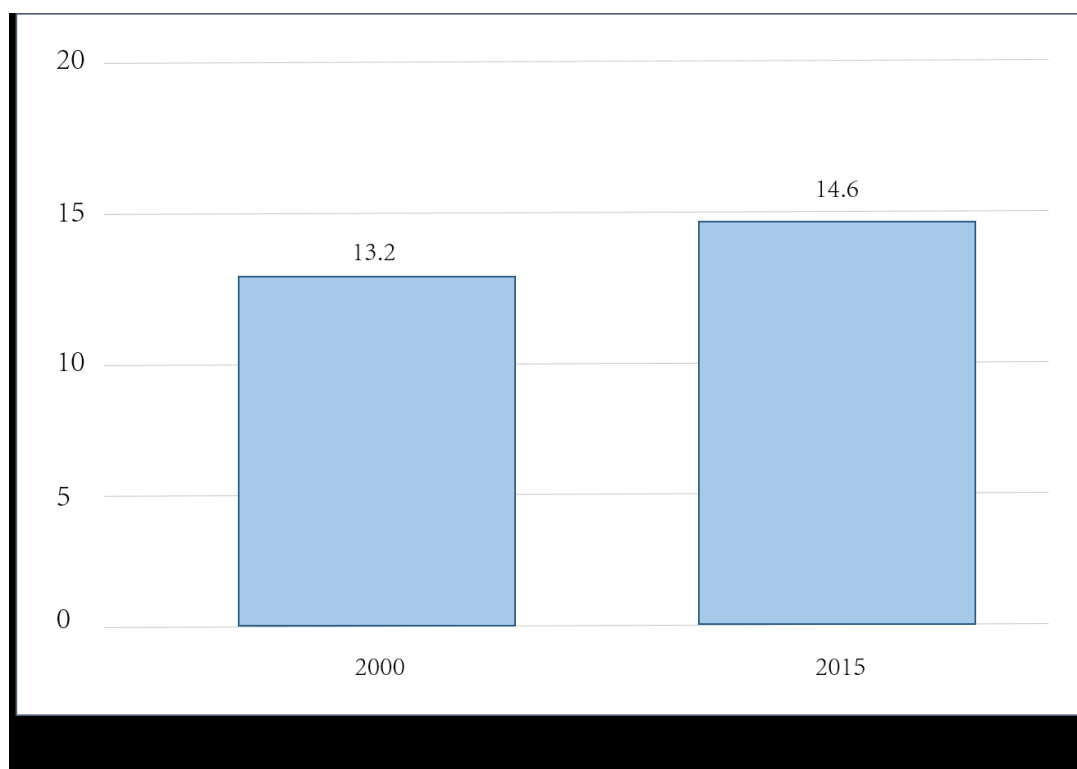
115 Comisión de Notables (2011). *Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del seguro de salud de la CCSS*. Setiembre.

116 Rodríguez Herrera, Adolfo (2006). *La reforma del sector salud en Costa Rica*. Santiago: CEPAL.

117 PAHO (2016). “Country statistics”. Accesado el 12 de setiembre 2016 en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3222&Itemid=2408



Gráfico 5. Muerte por diabetes mellitus (por cada 100.000 habitantes)



Fuente: elaboración propia con base en PAHO (2016)

implicando mayor atención a personas adultas mayores. A su vez, se registra una alta tasa de personas que adquieren distintas enfermedades debido a estilos de vida inadecuados.

Los gráficos 4 y 5 denotan el estancamiento del país en los enfoques preventivos y en la ausencia de un modelo integral de modos de vida saludables. Mientras que el gráfico 4 compara los años 2000 y 2015 en cuanto a muertes por enfermedades del sistema circulatorio por cada 100.000 habitantes; el gráfico 5 compara, también, los años 2000 y 2015, representando las muertes ocasionadas por la diabetes mellitus en el país.

Orientar la atención de la salud a un enfoque preventivo y enfocado en la promoción de la salud, además de la necesidad de que el Ministerio de Salud recupere su papel efectivo como ente rector del sector salud, no solo, beneficiaría integralmente a la población del país, sino que también ahorraría costos sustanciales a la seguridad social con lo cual se podría invertir en otras áreas necesarias.

Dirección superior de la CCSS: crónica de una crisis anunciada

La dirección superior, entendida como los mandos medios y altos de la CCSS, son quienes tienen la toma de decisiones. Para los diversos actores sociales y políticos interesados en la seguridad social, la crisis que enfrenta la CCSS tiene claros responsables, quienes, debido a intereses político-partidarios, hasta el momento, no se han podido remover de sus puestos.

Para entender las razones de los cuestionamientos a la dirección superior de la CCSS, hay que remontarse a la crónica de una crisis anunciada que comenzó en el año 2011. El 13 de julio del 2011, a partir de un informe solicitado a la OPS, la presidenta Laura Chinchilla Miranda (2010-2014) admitía en Cadena Nacional de Televisión y Radio, que la CCSS se encaminaba hacia una seria y profunda crisis financiera¹¹⁸.

118 León Espinoza, Diana (2013). “¿Pueden las personas que llevaron a la seguridad social a la crisis salvarla? VOZ UCR vol. 4 (enero-febrero): 17-19.



De acuerdo con el informe de la OPS 2005-2010, los ingresos (16.9%) en ese periodo fueron menores a los egresos (20.9%). La desestabilización se debe en gran parte al incremento en planillas, aumentos salariales desproporcionados¹¹⁹, aumento en incapacidades y pagos extraordinarios por guardias médicas, las cuales afectaron la crisis del año 2011.

Si bien es cierto que la crisis de la CCSS se manifestó en lo financiero, sus problemas son, además, de gestión institucional (mandos altos y medios) y conflicto de intereses público-privado (mandos altos y medios y gremio médico) que han tenido repercusiones en la calidad, equidad y oportunidad de servicios que brinda la institución¹²⁰. En otras palabras, “la crisis es un desorden bien organizado”¹²¹.

Ante esta situación, el 20 de julio 2011, el entonces Presidente Ejecutivo del Instituto Costarricense de Electricidad (ICE) en ese momento, Eduardo Doryan Garrón, de la administración Arias Sánchez (2006-2010), renunció a su cargo en el ICE debido a que, de acuerdo con el informe de la OPS, la crisis se ocasionó durante el periodo en el cual él presidía la institución¹²².

Al siguiente día, el 21 de julio, en la sesión No. 8520, la Junta Directiva de la CCSS convocó a un equipo de especialistas de la seguridad social, Comisión de Notables, con el fin de analizar la crisis por la cual atravesaba la institución. La Comisión de Notables, como se le llamó al grupo, estuvo conformada por Rafael Carrillo Lara, Juliana Martínez Franzoni, Fernando Naranjo Villalobos, Pablo Sauma Fiatt.

119 Al Día (24 julio 2011). “CCSS pasó del exceso a la crisis financiera”. Accesado el 3 de julio 2016 en: http://www.aldia.cr/ad_ee/2011/julio/24/noticias-del-dia2849651.html

120 Martínez Franzoni, Juliana (2011). “Doce medidas: para comenzar a ordenar la Caja”. Accesado el 28 de junio 2016 en: <https://ccssencrucijada.wordpress.com/2013/04/27/articulos-de-opinion-frente-a-la-situacion-de-la-ccss/>

121 Martínez Franzoni, Juliana (2011). “Para ordenar la Caja: se buscan actores, no espectadores”. Accesado el 28 de junio 2016 en: <https://ccssencrucijada.wordpress.com/2013/04/27/articulos-de-opinion-frente-a-la-situacion-de-la-ccss/>

122 La Nación (2011). “Eduardo Doryan renunció al ICE por cuestionamientos sobre su gestión en la CCSS”. Accesado el 29 de junio 2016 en: http://www.nacion.com/archivo/Eduardo-Doryan-ICE-cuestionamientos-CCSS_0_1208679139.html

Paralelamente al trabajo de la Comisión de Notables, el Plenario Legislativo aprobó en julio 2011 la conformación de la Comisión Especial bajo el expediente No. 18.201, la cual inició sus labores en agosto 2011. Estuvo conformada por: Walter Céspedes Salazar (Partido Unidad Social Cristiana) (PUSC), Siany Villalobos Arguello (Partido Liberación Nacional) (PLN), Rita Chaves Casanova (Partido Accesibilidad Sin Exclusión) (PASE), Carmen Granados Fernández (Partido Acción Ciudadana) (PAC), Viviana Martín Salazar (PLN), María Jeanette Ruíz Delgado (PAC), Annie Saborío Mora (PLN) y José María Villalta Flórez-Estrada (Partido Frente Amplio) (PFA).

Mientras ambas comisiones, Notables y Especial, estudiaban las causas y recomendaciones para la CCSS. La Junta Directiva de la institución solicitó en sesión extraordinaria el día 14 de setiembre 2011, la renuncia en pleno del cuerpo de gerencias con el fin de llevar a cabo investigaciones transparentes sobre la situación que enfrentaba la institución. En ese momento, los cargos gerenciales eran ocupados por: Gabriela Murillo Jenkins (Gerente de Infraestructura y Tecnología), José Alberto Acuña Ulate (Gerencia Administrativa), Ubaldo Carrillo (Gerente de Logística y recargo de Gerencia de Pensiones¹²³), Manuel Ugarte Brenes (Gerente Financiero), y Rosa Climent Martín (Gerente Médica)¹²⁴.

Por su parte, la Comisión de Notables entregó un informe el 29 de setiembre a la Junta Directiva de la CCSS, el cual comprende 81 recomendaciones, no todas consensuadas por la totalidad de sus miembros, con el fin de mejorar la situación de la institución y los servicios que brinda la CCSS¹²⁵. La mayoría de las recomendaciones se enfocaron en

123 En esos momentos, el ex gerente de pensiones Miguel Pacheco Ramírez (quien estaba suspendido en diciembre 2010) se encontraba suspendido debido a investigación por anomalías en su cargo.

124 CCSS (2011). “Junta Directiva de la CCSS pide renuncia en pleno del cuerpo gerencial”. Accesado el 1 de julio 2016 en: <http://www.ccss.sa.cr/noticias/index.php/32-ccss/150-junta-directiva-de-la-ccss-pide-renuncia-en-pleno-del-cuerpo-gerencial>

125 Esta Comisión de Notables, si bien fue la primera conformada desde un ámbito institucional para abordar las múltiples problemáticas de la CCSS, no fue el único ente en formarse para formar recomendaciones y propuestas a la institución ya que desde la sociedad civil se realizaron múltiples diagnósticos después del año 2011.



contener gastos en remuneraciones, reducir pagos por tiempos extraordinarios al personal médico de los diferentes hospitales, reducir gastos por compras, renovar puestos de mandos altos y medios, realizar concursos públicos y abiertos para sustituir nombramientos actuales, control de horarios del personal médico, entre otras.

El 12 de diciembre del 2011, se abre un concurso público para las gerencias (con un plazo de aplicación de 10 días hábiles hasta el 23 de diciembre 2011): Médica, Financiera, Administrativa y de Logística. El concurso no se abre para la gerencia de Pensiones e Infraestructura, pues estaban en una investigación abierta, puesto para el cual permane-

Tabla 3. Renuncia y nombramiento puestos gerenciales

Puestos a setiembre 2011	Nombramientos interinos(as) 2011 (reemplazos)	Puestos de interinos(as) anteriores al 2011
Gabriela Murillo Jenkins Gerencia Infraestructura y Tecnología.	Gabriela Murillo Jenkins Gerencia Infraestructura y Tecnología.	Gabriela Murillo Jenkins Gerencia Infraestructura y Tecnología (desde 2008)
José Alberto Acuña Ulate Gerencia Administrativa	Gustavo Picado Gerencia Administrativa	Gustavo Picado Director de Administración y Gestión de Personal. Gerencia Administrativa (2008-2011).
Ubaldo Carrillo Gerencia Logística y Gerencia Pensiones	Dinorah Garro Gerencia Logística	Dinorah Garro Interventora Gerencia de Pensiones, CCSS (2010-2011).
Manuel Ugarte Brenes Gerencia Financiera	Iván Guardia Gerencia Financiera	Iván Guardia Director de la Dirección Financiero-Contable de la CCSS (1982-presente)
Ubaldo Carrillo Gerencia Logística y Gerencia Pensiones	José Luis Quesada Gerencia de Pensiones	José Luis Quesada Ex jefe de Administración de Riesgos.
Rosa Climent Martín Gerencia Médica	Zeirith Rojas Gerencia Médica	Zeirith Rojas Exdirector regional, y ex director del proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

Fuente: elaboración propia.

Después de un mes en que la Junta Directiva solicitó a las gerencias sus renuncias, se anuncian las renuncias de 5 puestos de los 6 existentes. Con excepción de Gabriela Murillo Jenkins (Gerente de Infraestructura y Tecnología), a quien se le solicitó permanecer en el puesto. Se nombran puestos interinos a cargo de: Zeirith Rojas (Gerencia Médica); José Luis Quesada (Gerencia de Pensiones); Gustavo Picado (Gerente Administrativo); Dinorah Garro (Gerente de Logística) e Iván Guardia (Gerente Financiero)¹²⁶ (ver tabla 3). De este modo, el 13 de octubre 2011 la Junta Directiva acuerda realizar una convocatoria pública y abierta para la conformación del registro de elegibles.

¹²⁶ Tico Times (14 octubre 2011). "Caja assigns new interim general managers". Accesado el 28 de junio 2016 en: <http://www.ticotimes.net/2011/10/14/caja-assigns-new-interim-general-managers>

cería Gabriela Murillo Jenkins. Para el concurso, la Junta Directiva de la CCSS contrató a la empresa PricewaterhouseCoopers (PWC) con el fin de que se encargara de las entrevistas, definiera responsabilidades de los puestos y realizara recomendaciones de tres candidatos más aptos para las nuevas gerencias por medio de un sistema de puntaje¹²⁷.

El 9 de febrero 2012, la Junta Directiva conoce los resultados del concurso público en el cual participaron 200 personas para los cuatro puestos de geren-

¹²⁷ La Nación (12 diciembre 2011). "CCSS ya inició búsqueda de cuatro gerentes". Accesado el 5 de julio 2016 en: http://www.nacion.com/archivo/CCSS-inicio-busqueda-gerentes_0_1237676308.html y Al Día (13 diciembre 2011). "Abren concurso para gerentes". Accesado el 2 de julio 2016 en: http://www.aldia.cr/ad_ee/2011/diciembre/13/nacionales3007134.html



cias¹²⁸. Entre los resultados del concurso, PWC dio a la Junta Directiva 3 nombres por cada gerencia, excepto la Médica para la cual dieron 5 recomendaciones¹²⁹.

Ese mismo mes, el 23 de febrero 2012, los(as) diputados(as) de la Comisión Especial aprobaron “instar” a la Junta Directiva que excluyera del proceso de selección de los(as) nuevos(as) gerentes a aquellos(as) funcionarios(as) que ocupan los cargos de forma interina¹³⁰. Para el 12 de marzo 2012, la Junta Directiva da a conocer los nombres de los nuevos gerentes de la CCSS (ver tabla 4).

Para marzo 2012, la Comisión Especial de la Asamblea Legislativa le cuestionó a la Presidenta Ejecutiva (2010-2014), Ileana Balmaceda, que en el proceso de nombramientos mediara un conflicto de intereses, ya que parecía confirmar a los puestos interinos¹³¹. En sus declaraciones, Ileana Balmaceda alegó: “Yo pude elegirlos a dedo, pero decidí abrir el concurso, había más de 200 personas aplicando a estos puestos. Los candidatos finales fueron seleccionados por la empresa PWC en un concurso abierto, pero la experiencia y el conocimiento sobre la institución influyeron en la decisión”¹³².

El 15 de marzo del 2012, se juramentan a los(as) nuevos gerentes por un periodo de 6 años, el recién designado Gerente Médico, Mauricio Vargas, se vio en la obligación de renunciar a su cargo debido a deudas obrero-patronales con la CCSS. El 27 de marzo del 2012, María Eugenia Villalta es designada nueva gerenta médica sin que haya estado dentro de las 5 personas más aptas recomendadas por

PWC, o bien sin que haya concursado en las ternas para puestos de gerenciales.

El 30 de marzo del 2012, PWC expresa que todos los(as) nuevos gerentes designados por la Junta Directiva de la CCSS no eran los(as) mejores candidatos(as) para ocupar cargos,¹³³ a lo que Ileana Balmaceda alegó: “el registro de elegibles no podía de ninguna manera ser una camisa de fuerza; aquí nunca se le dijo a la empresa (PWC) que era una carrera donde ellos iban a escoger al ganador”¹³⁴.

El 19 de junio del 2012, el exdiputado por el PFA y miembro de la Comisión Especial, José María Villalta, presentó una demanda contra el Estado ante el Tribunal Contencioso Administrativo por incumplir con sus obligaciones legales con los seguros de salud y pensiones de la CCSS¹³⁵. De acuerdo con José María Villalta: “En primer lugar estamos reclamando que los tribunales de justicia obliguen al Estado a cumplir con la Ley 7374 que estableció que desde 1997 debían pagarse en efectivo y no con títulos de deuda, bonos u otro tipo de papeles las deudas del Estado con la seguridad social, tanto por las cuotas obrero-patronales y del Estado como tal, como por otras obligaciones, por ejemplo, la atención a personas pobres”¹³⁶. En la resolución al admitir la demanda, el Tribunal Contencioso Administrativo reconoció como necesidad resolver la demanda planteada ya que “es un hecho público y notorio que la CCSS enfrenta una crisis financiera”.

Para octubre del 2012, los(as) diputados(as) de la Comisión Especial, solicitan la salida del Director Financiero de la institución, Iván Guardia; del Director Actuarial, Luis Guillermo López y del Gerente de Pensiones, José Luis Quesada. Además, recomendaron una fuerte llamada de atención y la salida de la Gerente de Logística, Dinorah Garro, y de Infraestructura y Tecnología, Gabriela Murillo;

128 La Nación (10 febrero 2012). “CCSS ya tiene ternas de candidatos para sus gerencias”. Accesado el 5 de julio 2016 en: http://www.nacion.com/archivo/CCSS-ternas-candidatos-gerencias_0_1249675198.html

129 Ibidem.

130 InformaTico (23 febrero 2012). “Diputados piden sustituir a actuales gerentes de la Caja”. Accesado el 5 de julio 2016 en: <http://informa-tico.com/23-02-2012/diputados-piden-sustituir-actuales-gerentes-caja>

131 Semanario Universidad (14 marzo 2012). “Califican de “saco a la medida” postulación de gerentes de la CCSS”. Accesado el 5 de julio 2016 en: <http://semanariouniversidad.ucr.cr/pais/califican-de-saco-a-la-medida-postulacion-de-gerentes-de-la-ccss/>

132 CR Hoy (12 marzo 2012). “CCSS tiene nuevos gerentes”. Accesado el 5 de julio 2016 en: <http://www.crhoy.com/ccss-tiene-nuevos-gerentes/>

133 La Nación (30 marzo 2012). “CCSS no escogió a los mejores calificados para sus gerencias”. Accesado el 5 de julio 2016 en: <http://wfnod01.nacion.com/2012-03-30/ElPais/CCSS-no-escogio-a-los-mejores-calificados-para-sus-gerencias.aspx>

134 Ibidem.

135 Informa-Tico (19 junio 2016). “Demandan al Estado por deudas con la CCSS”. Accesado el 5 de julio 2016 en: <http://informa-tico.com/19-06-2012/demandan-al-estado-deudas-ccss>

136 Ibidem.



Tabla 4. Renuncia, nombramientos interinos y puestos por concurso de gerencias

Puestos en año 2011	Nombramientos de interinos(as) 2011 (reemplazos post crisis)	Puestos de interinos(as) anteriores a la crisis del 2011	Puestos dados después del concurso de PWC 2012
Gabriela Murillo Jenkins	Gabriela Murillo Jenkins	Gabriela Murillo Jenkins	Gabriela Murillo Jenkins
Gerencia Infraestructura y Tecnología.	Gerencia Infraestructura y Tecnología.	Gerencia Infraestructura y Tecnología (desde 2008)	Gerencia Infraestructura y Tecnología (desde 2008)
José Alberto Acuña Ulate	Gustavo Picado	Gustavo Picado	Luis Fernando Campos Montes
Gerencia Administrativa	Gerencia Administrativa	Director de Administración y Gestión de Personal. Gerencia Administrativa (2008-2011).	
Ubaldo Carrillo	Dinorah Garro	Dinorah Garro	Dinorah Garro
Gerencia Logística y Gerencia Pensiones	Gerencia Logística	Interventora Gerencia de Pensiones, CCSS (2010-2011).	Gerencia de Logística
Manuel Ugarte Brenes	Iván Guardia	Iván Guardia	Gustavo Picado
Gerencia Financiera	Gerencia Financiera	Director de la Dirección Financiero-Contable de la CCSS (1982-presente)	Gerencia Financiera
Ubaldo Carrillo	José Luis Quesada	José Luis Quesada	José Luis Quesada (no se realizó concurso para este puesto)
Gerencia Logística y Gerencia Pensiones	Gerencia de Pensiones	Ex jefe de Administración de Riesgos.	Sustituye a Miguel Pacheco Ramírez en Gerencia de Pensiones por suspensión (2010-2013).
Rosa Climent Martín	Zeirith Rojas	Zeirith Rojas	María Eugenia Villalta Bonilla
Gerencia Médica	Gerencia Médica	Exdirector regional, y ex director del proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud	Llega a la Gerencia Médica sin mediar concurso de PWC

Fuente: elaboración propia



así como la revisión de la gestión del actual Gerente Financiero, Gustavo Picado, quien se desempeñara antes como Director de Recursos Humanos¹³⁷.

A pesar de las inconsistencias del concurso público y de demás, de las recomendaciones, tanto de la Comisión de Notables como de la Comisión Especial, de separar del cargo temporalmente mientras se realiza una investigación de presuntos responsables, la Junta Directiva hizo caso omiso a dicha recomendación y dejó en los cargos a las mismas personas, quienes presuntamente causaron la crisis financiera y de gestión.

Mientras se realizaban los concursos de gerencias, las demandas para pagar la deuda del Estado y mientras diferentes entes políticos y sociales solicitaban a la Junta Directiva dimitir de sus cargos a altos mandos y medios para una investigación de la crisis más transparente. Durante los siguientes años después del 2011 no se realizaron cambios estructurales para mejorar los servicios (por ejemplo, reducir listas de espera), evitar el conflicto público-privado, o bien para mejorar la atención en los diferentes niveles de atención. Sin embargo, desde jerarcas de la institución se alega que se realizaron profundos cambios para contener el gasto de la institución, eliminar duplicidad de funciones y devolver sostenibilidad financiera¹³⁸.

Para agosto del 2013, mientras se realizaban acciones de contención del gasto por parte de la Junta Directiva, adjudicó a la Universidad de Iberoamérica (UNIBE) la administración de 36 EBAIS, debido a la falta de consenso entre la CCSS y la Universidad de Costa Rica, ente público que administraban los centros médicos en Montes de Oca, Curridabat y distritos de Concepción: San Juan y San Diego de la Unión¹³⁹. Dicha medida causó polémica entre diferentes actores sociales y políticos, quienes tacharon la decisión de arbitraria.

137 CR Hoy (10 octubre 2012). Diputados piden cabeza de Gerencias de logística, infraestructura y financiera de la CCSS. Accesado el 5 de julio 2016 en: <http://www.crhoy.com/diputados-piden-cabeza-de-gerencias-de-logistica-infraestructura-y-financiera-de-la-ccss/nacionales/>

138 La Nación (21 julio 2012). "CCSS adelgazaría su planilla en las oficinas centrales". Accesado el 5 de julio 2016 en: http://www.nacion.com/nacional/comunidades/CCSS-adelgazara-planilla-oficinas-centrales_0_1280272078.html

139 UNIBE (2013). "CCSS adjudica a UNIBE administración de 45 EBAIS". Accesado el 5 de julio 2016 en: <http://clinicau-nibe.com/ccss-adjudica-a-unibe-administracion-de-45-ebais/>

Además, de la crisis que atravesaba la institución y los intentos de privatización del primer nivel de atención, a finales del año 2013 el país atravesaba por la campaña política para las elecciones nacionales, en las cuales la CCSS y su sostenibilidad fueron temas prioritarios de los diferentes partidos políticos, tanto el PAC, PLN, Partido Movimiento Libertario (PML), Partido Nueva Generación (PNG) y PFA realizaron, acorde a su posición ideológica, diversas recomendaciones sobre ingresos, gastos, recortes y generación de recursos.

En mayo del 2014, el presidente Luis Guillermo Solís Rivera (2014-2018) designa a María del Rocío Sáenz como la nueva Presidenta Ejecutiva de la CCSS. Ese mismo mes, el ex diputado, José María Villalta ganaba un juicio contra el Estado por la deuda con la CCSS, la cual ascendía a 260 mil millones de colones¹⁴⁰.

Ambos hechos dejaron a principios de la administración, suelo fértil para crear oportunidades de sana recuperación del sistema de seguridad social fuera del alcance de manos clientelistas, herencia de décadas de bipartidismo del PLN y PUSC en el país. Sin embargo, a dos años de estos hechos, no se han podido implementar cambios deseados, no ha sido posible remover a presuntas personas quienes cometieron altos grados de corrupción y no se ha tomado ventaja de algunas ventanas de oportunidad en los últimos años para lograr cambios estructurales necesarios para mejorar la institución.

Deuda del Estado con la CCSS

La deuda del Estado ha sido una problemática que se remonta desde hace varias décadas. Los registros de la deuda a través del tiempo muestran que, a finales de 1970, el Estado adeudaba a la CCSS un total aproximado de 229.000.000 colones¹⁴¹; en 1982, el monto de la deuda del Estado con la institución era de 1.300.000.000 colones¹⁴² y ya

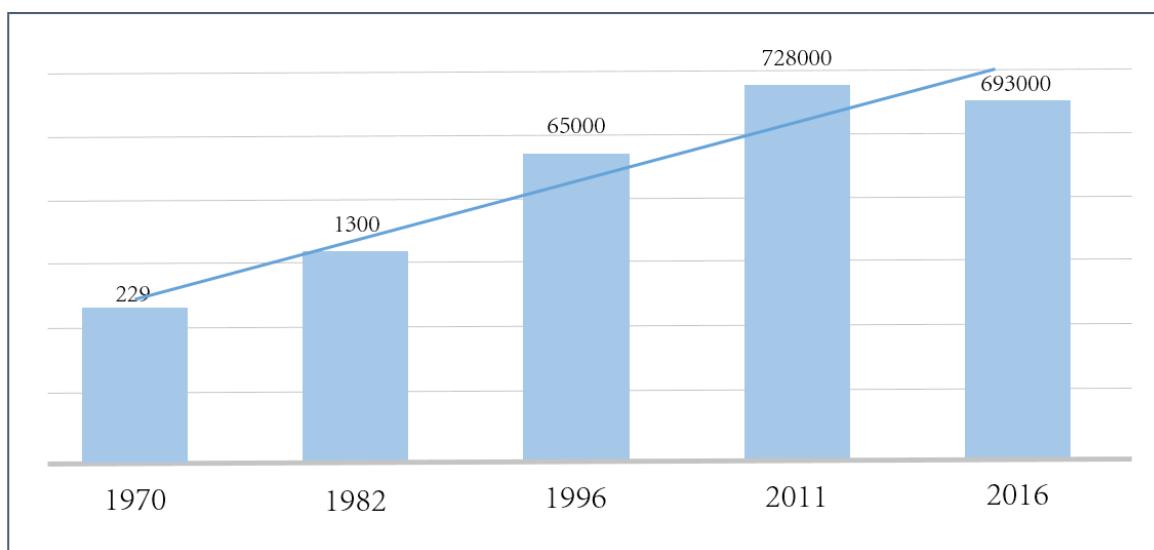
140 Monumental (21 mayo 2014). "José María Villalta gana juicio por c260 mil millones a favor de la CCSS". Accesado el 2 de julio 2016 en: <http://www.monumental.co.cr/noticia/jose-maria-villalta-gana-juicio-por-%C2%A2260-mil-millones-favor-de-la-ccss>

141 Revista Jurídica de Seguridad Social (1993). "Jurisprudencia Laboral". Revista Jurídica de Seguridad Social No.3 (abril): 65-90.

142 Guedel, Ludwig y Juan Diego Trejos (1982). Reformas



Gráfico 6. Deuda del Estado con la CCSS en el tiempo



Nota: monto en millones de colones.

Fuente: Elaboración propia.

para 1996 este monto crecía a 65.000.000.000 colones. Quince años más tarde, en el 2011, la deuda del Estado con la institución aumentaba a 728.000.000.000 colones¹⁴³ y a febrero del 2016 el monto de la deuda reducía someramente a aproximadamente 693.000.000.000 colones. El gráfico 6 muestra la deuda del Estado con la CCSS a través del tiempo.

Como muestra el gráfico 6, el gobierno históricamente ha incumplido con los pagos que le corresponde realizar, a pesar de las negociaciones que se han dado, los pagos se han acumulado creando una deuda de grandes proporciones, la cual afecta la sostenibilidad financiera de la CCSS.

Con el fin de solventar una situación insostenible, en el 2012, el exdiputado del Frente Amplio, José María Villalta presentó una demanda¹⁴⁴ ante el Tribunal Contencioso Administrativo con el propósito de que el gobierno se viera en la obligación de pagar las deudas al sistema de seguridad social en efectivo, cifra aproximadamente de 260.000 millones de

colones¹⁴⁵. Dicha demanda fue ganada en mayo del 2014 en la cual el Tribunal Contencioso Administrativo ordena al Estado el pago efectivo de parte de la deuda con la institución.

En abril del 2016, el gobierno contrajo una deuda con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por \$420 millones de dólares para cancelar parte de la deuda del Estado (aproximadamente de \$1.271.353 dólares) con la seguridad social.

Interés público-privado

La CCSS enfrenta un gran conflicto en diferentes aristas de gestión en cuanto al interés público-privado. Esto ha puesto la seguridad social en riesgo. La seguridad social como la institución pilar de la democracia costarricense se ve enfrentada a intereses, no solo nacionales, sino transnacionales para quienes es rentable la privatización de la salud y el deterioro de la CCSS.

La omisión de los jerarcas para solucionar problemas como la contratación de servicios privados, los

recientes en el sector salud en Costa Rica. Santiago: CEPAL.

143 Semanario Universidad (28 julio 2011). "Sala IV ordena al Estado pagar a la Caja". Accesado el 12 setiembre 2016 en: <http://semanariouniversidad.ucr.cr/pais/crisis-en-la-ccss-asesta-nuevo-golpe-a-la-credibilidad-del-gobierno/>

144 Demanda la cual fue declarada a favor del ex diputado por el Tribunal Contencioso Administrativo en el año 2014.

145 Monumental (2014). José María Villalta gana juicio por €260 mil millones a favor de la CCSS. Obtenido el 1 de abril 2016, en: <http://www.monumental.co.cr/noticia/jose-maria-villalta-gana-juicio-por-%C2%A2260-mil-millones-favor-de-la-ccss>



negocios realizados por tomadores de decisión, a lo interno de la institución que benefician a las mismas personas que la manejan, la falta de planificación y administración de tiempos, remuneraciones, salarios, condenación de deudas por morosidad, son algunos de los problemas que desarticulan cada día más la institución.

La CCSS tiene una larga historia, desde sus primeros años, en la contratación de servicios privados. En décadas recientes, estas contrataciones han derivado en casos de corrupción a nivel nacional e internacional y a ser propensa al tráfico de influencias entre mandos medios, altos y el sector privado.

Parte de la problemática del conflicto de interés público-privado radica en la contratación de proveedores de servicios de salud privados como por ejemplo especialistas y equipos tecnológicos.¹⁴⁶ Recientemente en el 2015, personal médico de hospitales centrales han manifestado su descontento con la CCSS ante la falta de inversión de infraestructura, equipamiento y recurso humano en los centros de salud, instando a la institución para que se le realicen a pacientes procedimientos en hospitales y clínicas privadas¹⁴⁷. Ante estas situaciones, la CCSS ha expresado que en estos momentos la externalización de los servicios no es una opción¹⁴⁸.

Evasión, morosidad y deudas de empresas

La ausencia de una estrategia para solucionar los problemas de morosidad y la evasión del sector patronal privado por parte de la CCSS se posiciona en paralelo junto con las diferentes problemáticas de la institución anteriormente mencionadas.

La deuda de las empresas privadas con la CCSS creció sustancialmente en la década de los noventa y para el año 2000, patronos(as) del sector privado adeudaban 27.061 millones de colones de los

cuales la mitad en ese momento eran incobrables¹⁴⁹. Quince años después, en 2015, la deuda por concepto de morosidad del sector privado era de aproximadamente 50.000 millones de colones,

siendo el 86% microempresas en el sector de comercio e industria¹⁵⁰.

Si bien es cierto que en la actualidad la CCSS ha tratado de disminuir las deudas del sector privado por medio de arreglos de pago con algunas empresas privadas, se evidencia la ausencia de una estrategia clara para solucionar estos problemas. Hay una falta de control cruzados con otras instituciones como el INS, y se evidencia que “debido a trámites administrativos, el personal profesional de la institución dedicado a la inspección de la institución pasa alrededor de 70% de su tiempo en oficinas en lugar de estar realizando trabajo de campo en el país”¹⁵¹. Avances oficiales en el tema, desde la crisis del 2011, no se logran divisar debido a la ausencia de datos reales y actualizados.

Falta de participación ciudadana

La CCSS es vista como una institución compleja, burocrática y poco efectiva en términos de calidad, equidad e igualdad en sus servicios. Debido a esto, la participación ciudadana respecto a la CCSS se ha visto afectada. Los actores sociales y políticos identifican la participación ciudadana como necesaria para fortalecer a la institución.

Jornadas laborales y productividad

Uno de los rubros salariales que ha mostrado un mayor incremento es el “tiempo extraordinario” que se realiza a las y los médicos de la CCSS por concepto de guardias médicas, disponibilidades, cirugías vespertinas y a otro personal de apoyo tales como registros médicos, enfermería, farmacia, laboratorio y transporte.

146 UCR (3 mayo 2016). “Uso rentista de los fondos públicos sofoca seguridad social”. Accesado el 12 setiembre 2016 en: <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2016/05/03/uso-rentista-de-los-fondos-publicos-sofoca-seguridad-social.html>

147 La Prensa Libre (26 agosto 2016). “CCSS descarta utilizar clínicas y hospitales privados para depurar listas de espera”. Accesado el 13 de setiembre en: <http://laprensalibre.cr/Noticias/detalle/37864/367/ccss-descarta-utilizar-clinicas-y-hospitales-privados-para-depurar-listas-de-espera>

148 Ibidem.

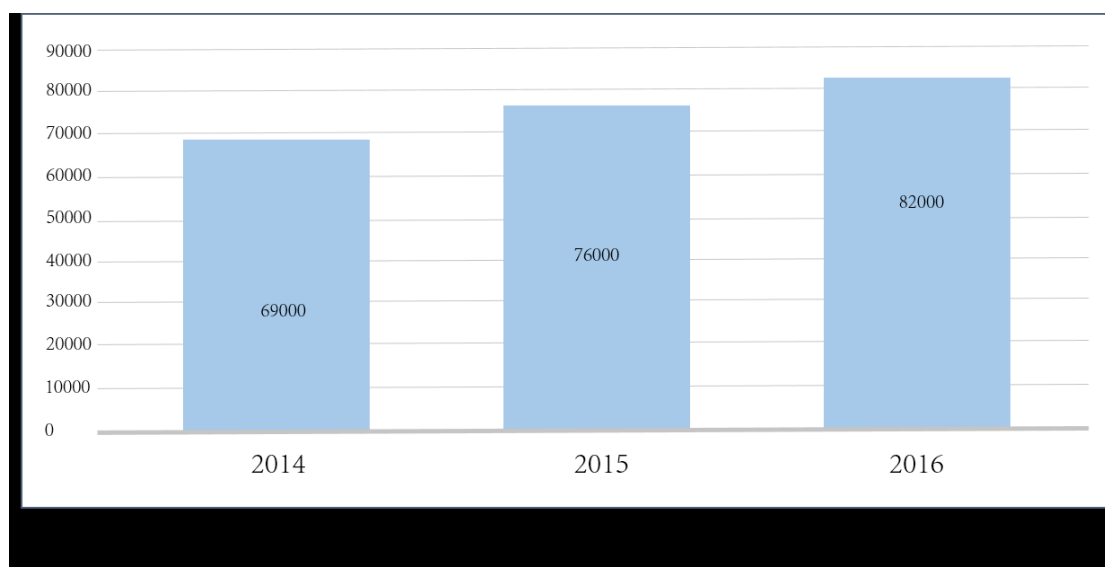
149 La Nación (20 setiembre 2000). “Morosos eluden a Seguro Social”. Accesado el 13 de setiembre 2016 en: http://www.nacion.com/Ln_ee/2000/septiembre/20/pais1.html

150 La Nación (14 agosto 2015). “Empresas privadas adeudan casi €50.000 millones a la Caja”. Accesado el 12 de setiembre 2016 en: http://www.nacion.com/economia/finanzas/Microempresas-adeudan-millones-Caja_0_1505849463.html

151 Comisión de Notables (2011). Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del seguro de salud de la CCSS. Setiembre.



Gráfico 7. Pago de la CCSS a funcionarios (as) por horas extras



Fuente: elaboración propia con base en datos de la CCSS CR (2016).

Por su importancia en la atención de la población, los tiempos extraordinarios se consideran fundamentales, pero deben de ser ordenados y librarse de los intereses gremiales y privados que afectan a la institución. Después de la crisis del 2011, la CCSS realizó un plan de contención de gasto principalmente en pagos de planilla. Sin embargo, en la actualidad el problema vuelve a surgir, lo cual dispara el gasto de la CCSS, lo cual no se ve reflejado en productividad y calidad de los servicios. Sumado a ello el problema de que muchos doctores(as) ejercen prácticas privadas en tiempos que la CCSS paga por el sector público.

Por ejemplo, el salario base de un(a) médico(a) se encuentra entre los 800.000 y los 1.100.000 millones de colones¹⁵². Alrededor de 300 médicos(as) reciben sueldos superiores a 7 millones de colones y 15 funcionarios(as) perciben salarios entre 12 y 16 millones de colones,¹⁵³ debido a pluses salariales como antigüedad, dedicación exclusiva, disponibilidad y horas extra¹⁵⁴. Estos pagos han sido altamente criticados debido a que, por cada

hora extra laborada en la institución, tanto médicos(as) como personal (guardas, choferes, enfermeras(os), asistentes, etc.), reciben un pago de medio tiempo¹⁵⁵.

Para agosto del 2016, la CCSS ya había pagado en la primera mitad del año 82.000 millones de colones por concepto de horas extras representando un gasto mucho mayor en comparación con años previos, por ejemplo, 69.000 millones de colones en 2014 y 76.000 millones en 2015¹⁵⁶ (ver gráfico 7).

Se han realizado propuestas para contener este gasto desproporcionado, como por ejemplo crear un segundo turno de atención, el cual sea pagado con salario normal, sin embargo, es una opción que ha generado gran oposición, principalmente, por parte del gremio médico, lo cual hace que la problemática no haya podido mostrar señales de prontas soluciones.

Poblaciones en condición de vulnerabilidad

Una de las mayores problemáticas de la CCSS es la falta de propuestas o programas para poblaciones vulnerabilizadas socialmente, las cuales carecen de

152 La Nación (13 junio 2016). "CCSS les paga a médicos hasta ₡20 millones al mes". Accesado el 15 de setiembre 2016 en: http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/CCSS-paga-medicos-millones-mes_0_1566643364.html

153 La Extra (11 junio 2016). "Altos salarios de la Caja no producen resultados". Accesado el 15 de setiembre 2016 en: <http://www.diarioextra.com/Noticia/detalle/296054/altos-salarios-de-la-caja-no-producen-resultados>

154 Ibidem.

155 Ibidem.

156 CR Hoy (16 agosto 2016). "CCSS ha pagado ya 82 mil millones de colones en horas extra". Accesado el 12 de setiembre 2016 en: <http://www.crhoy.com/nacionales/ccss-ha-pagado-ya-82-mil-millones-de-colones-en-horas-extra/>



redes de protección social por parte del Estado o la sociedad. Específicamente, estas poblaciones son: trabajadores(as) informales y temporales; personas migrantes; personas aseguradas por cuenta del Estado; y personas LGTB.

Trabajadores (as) informales

En la actualidad, el empleo por cuenta propia, el trabajo por horas o mediante nuevos sistemas laborales parece estar cambiando radicalmente el paradigma tradicional de empleo formal. De acuerdo con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), 2 de cada 5 personas trabajadoras laboran en el país en condición de informalidad, específicamente representan 818.000 personas para el primer semestre del 2016¹⁵⁷ de los cuales el 11% son personas con estudios superiores y profesionales entre las edades de 15 a 24 años y mayores de 65 años¹⁵⁸. En muchos de los casos estas personas generan alrededor del 40% menos de lo que constituye el salario mínimo, alrededor de 265.000 colones¹⁵⁹.

Estas nuevas formas de empleo han generado una gran informalidad en el país, la cual ha constituido un desafío y amenaza para la sostenibilidad de la CCSS, tanto para el SEM como para el IVM, el cual se ve sumamente afectado a largo plazo.

Trabajadores (as) temporales

De acuerdo con la CCSS, las personas trabajadoras temporales deben de ser asegurados(as) por la CCSS por parte de los(as) patronos(as) y recibir el salario mínimo, establecido por ley, debido a que existe una relación laboral de por medio. No obstante, esto no siempre se cumple, por parte de patronos(as) del sector privado, (principalmente en zonas rurales), ponen en riesgo diario a muchas personas en su mayoría migrantes, indígenas, agricultores, trabajadoras domésticas, etc., quienes

sufren de violaciones constantes en cuanto a alojamiento, salud, seguridad social y derechos laborales. Debido a la alta movilidad en el país por parte de estos(as) trabajadores, la ausencia de registros, y la falta de controles de la CCSS, no se cuentan con datos exactos sobre la cantidad de trabajadores(as), o bien su situación actual.

Personas migrantes

En Costa Rica, habitan alrededor de 380.000 personas migrantes, representando un 9% del total de la población¹⁶⁰. De este total de personas migrantes, la mayor parte de ellos y ellas provienen de Nicaragua y en su mayoría tienen una condición migratoria irregular, lo cual implica insertarse en trabajos temporales e informales generando constantes violaciones a sus derechos sociales y laborales (ver apartados anteriores de a) trabajadores informales y b) temporales). Las principales actividades de las personas migrantes se encuentran en los sectores de agricultura, construcción y trabajo doméstico.

En el primer semestre del 2016, la Defensoría de los Habitantes manifestó que en el país se violentan los compromisos internacionales que el país ha firmado debido a las constantes violaciones de los derechos humanos hacia la población migrante. De acuerdo con la Defensora de los Habitantes, Montserrat Solano: “en el marco de los Derechos Humanos el país debe tender a un aseguramiento universal, es decir, que todas las personas puedan tener alguna forma de aseguramiento que le permita y garantice no solo su derecho a la salud, sino también el derecho a una pensión”¹⁶¹.

Personas aseguradas por cuenta del Estado

Con el objetivo constitucional de alcanzar la universalización de la seguridad social en el país, la CCSS presta atención en sus servicios de salud a la población en condición de pobreza como por ejemplo en condición de indigencia y las personas no pobres sin condición de aseguramiento¹⁶². El objetivo del ase-

157 La Nación (12 agosto 2016). “Dos de cada cinco trabajadores carecen de seguro de salud”. Accesado el 13 de setiembre 2016 en: http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Trabajadores-informales-retan-supervivencia-CCSS_0_1578642135.html

158 La Extra (19 febrero 2016). “871 mil ticos trabajan informalmente”. Accesado el 12 de setiembre 2016 en: <http://www.diarioextra.com/Noticia/detalle/284664/871-mil-ticos-trabajan-informalmente>

159 Ibidem.

160 CEPAL (2015). Panorama Social 2015. Santiago: CEPAL

161 La Nación (5 febrero 2016). “Defensoría: Costa Rica tiene deuda en derechos humanos con afrodescendientes y migrantes”. Accesado el 12 de setiembre 2016 en: http://www.nacion.com/nacional/derechos-humanos/Defensoria-Costa-Rica-afrodescendientes-indigenas_0_1540846008.html

162 FODESAF (2016). “Programa de asegurados por cuen-



guramiento por parte del Estado está en “mejorar la calidad de vida de las personas que se encuentran en pobreza, pobreza extrema o indigencia médica”¹⁶³.

En la actualidad, estas pensiones del RNC representan 106.554 personas (58% mujeres y 42% hombres). Estas pensiones se otorgan bajo un monto de 75 mil colones mensuales y son distribuidas de la siguiente manera: “57.6% por vejez; 34% por invalidez; 3.4% por una ley especial y 5% a mujeres viudas con hijos y personas en estado de indigencia”¹⁶⁴.

La mayor problemática a la cual se enfrenta la institución, de acuerdo con la Auditoría Interna, es que la CCSS no utiliza todo el presupuesto destinado a financiar las pensiones de personas en condición de pobreza¹⁶⁵. Este presupuesto ha crecido aceleradamente, lo cual registra un excedente de recursos. A finales del 2015, el fondo del RNC tuvo un excedente de 18.000 millones de colones,¹⁶⁶ sin embargo, muchas personas adultas mayores denuncian el bajo monto mensual que reciben, el cual no es congruente con sus gastos mensuales.

Asimismo, se detecta la necesidad de una reingeniería de las políticas de la CCSS, ya que en la actualidad la institución está imposibilitada para que personas adultas mayores migrantes en condición irregular, quienes están en condición de pobreza extrema, puedan acceder al beneficio que otorga la CCSS.

Personas LBGTIQ

En Costa Rica, las personas con orientación sexual diversa han sido objeto de vulnerabilización desde

ta del Estado”. Accesado el 12 de setiembre 2016 en: <http://fodesaf.go.cr/programas%20sociales/archivos%20programacion%20anual/fichas%20y%20cronogramas/2016/fichas/Ficha%20descriptiva%20CCSS-Asegurados%20por%20el%20Estado%20%202016.pdf>

163 Ibidem.

164 El País (24 setiembre 2015). “CCSS da pensión no contributiva de 75 mil colones a 106.554 personas”. Accesado el 14 setiembre 2016 en: <http://www.elpais.cr/2015/09/24/ccss-da-pension-no-contributiva-de-75-mil-colones-a-106-554-personas/>

165 La Nación (23 febrero 2016). “CCSS deja sin usar millones de recursos en pensiones para pobres”. Accesado el 19 de setiembre 2016 en: http://www.nacion.com/economia/finanzas/Caja-millones-recursos-pensiones-pobres_0_1544445555.html

166 Ibidem.

la sociedad. Las personas LBGTIQ, sufren de discriminación y violencia constantemente (asesinatos, violaciones, agresiones, torturas, exclusión social, etc.).

En el país, hasta el año 2014, el actual presidente Luis Guillermo Solís (2014-2018) ha sido el mandatario más abierto en el tema de inclusión social y ha rechazado totalmente las violaciones sociales, económicas y laborales de la población LBGTIQ.

Algunos primeros pasos fueron que en el año 2014 y después de muchos años de luchas del Movimiento Diversidad, la CCSS aprueba una reforma de los artículos 10 y 12 del Reglamento de Salud. Esta reforma hizo que las parejas del mismo sexo gocen de la cobertura del seguro familiar contemplando además el derecho de visita en los hospitales, posibilidad de visita a sus parejas en caso de emergencias médicas o problemas de salud.

De acuerdo con Marco Castillo, líder del Movimiento Diversidad: “actos simbólicos como la iza de la bandera por el presidente Luis Guillermo Solís en la Casa Presidencial con invitados del Movimiento Diversidad y líderes políticos y la aprobación del seguro de salud para las parejas del mismo sexo, son señales de que se están dando grandes avances en los derechos de las personas sexualmente diversas en Costa Rica”¹⁶⁷.

En agosto 2015, un estudio del programa Bridging the Gaps realizado por el investigador Marco Fournier, determinó que, del total de funcionarios de la CCSS, únicamente el 53.3% conoce los lineamientos antidiscriminación emitidos por la institución y el 39.3% de la población LBGTIQ conoce los lineamientos de la CCSS, lo cual hace difícil que conozcan sus derechos cuando estos son víctimas de discriminación en servicios de salud¹⁶⁸.

167 Semanario Universidad (4 junio 2014). “El seguro social cerró un espacio a la discriminación: Las parejas gay subvencionan el seguro de las heterosexuales”. Accesado el 12 de setiembre 2016 en: <http://semanariouniversidad.ucr.cr/pais/el-seguro-social-cerr-un-espacio-a-la-discriminacion-las-parejas-gay-subvencionan-el-seguro-de-las-heterosexuales/>

168 La Prensa Libre (28 agosto 2015). “Directrices de la CCSS contra discriminación por orientación sexual no han sido efectivas”. Accesado el 12 setiembre 2016 en: <http://www.laprensalibre.cr/Noticias/detalle/38181/369/directrices-de-la-ccss-contra-discriminacion-por-orientacion-sexual-no-han-sido-efectivas>



A su vez, se encuentra que la satisfacción de la población LBGTIQ sobre la atención de servicios de salud es de 63.1% en hombres; las que enfrentan los mayores niveles de discriminación en hospitales y clínicas de la CCSS¹⁶⁹. El estudio también denota la falta de monitoreo y evaluación para aquellos establecimientos que no apliquen los lineamientos de la institución¹⁷⁰.

Trabajadoras domésticas

En Costa Rica, “se encuentran alrededor de 170.575 trabajadoras(es) domésticas(os), las cuales únicamente un 14% de ellas(os) están correctamente aseguradas(os), sin embargo, 70% de ellas(os) laboran para patronos(as) con capacidad contributiva. De este total, 40% de la población son jefas(es) de hogar y 90% son mujeres”¹⁷¹.

En el caso de las trabajadoras domésticas, la institucionalidad en la CCSS y MTSSS ha generado múltiples trabas que impiden el aseguramiento bajo un régimen especial de las mujeres que se dedican a estos empleos.

En 2014, la Asociación de Trabajadoras Domésticas (ASTRADOMES) implementó una estrategia con el fin de que la CCSS estableciera una modalidad de aseguramiento por horas, la cual implicaba reformar el régimen de aseguramiento de las personas trabajadoras domésticas, debido a que el empleo por horas que realizan en hogares no cubre las cuotas obrero-patronales.¹⁷²

Para finales del año 2015, el Gobierno de Luis Guillermo Solís instaló una mesa de diálogo tripartita, sobre el tema, en la que participaron representantes de la CCSS, ASTRADOMES y de los empleadores, abriendo la discusión sobre el aseguramiento, por horas, para las trabajadoras domésticas en el país, como resultado, en el año 2016, se logró establecer una modalidad especial de aseguramiento para

trabajo doméstico, para media jornada, bajando la base mínima contributiva de referencia, a la vez que estableció un aumento en su base salarial.

Reflexiones finales: radiografía de la seguridad social en Costa Rica

El presente análisis, sigue una línea consecuente con informes previos respecto a actores sociales y políticos interesados en la seguridad social del país. Las propuestas que se han realizado para mejorar la seguridad social y finalmente, una radiografía detallada del sistema de seguridad social en Costa Rica desde su creación hasta la fecha.

La creación de la seguridad social en el país probablemente es uno de los hitos más importantes en nuestra historia. El diseño e implementación en la década de los cuarenta, incluyendo a la clase media en primera instancia, aseguró el éxito de su ejecución, ya que, cubrió inicialmente al grueso de la población trabajadora primero, luego se extendió a personas de ingresos muy bajos y muy altos. Esto logró una extensión de cobertura de casi toda la población costarricense, el cual, fue acompañado por cambios sociales significativos de políticas de empleo, de educación y de creación de instituciones de vital importancia en el país.

Esta arquitectura logró que para la década de 1980 la mayoría de costarricenses mantuvieran un empleo estable y contaran con seguridad social, haciendo que el país se destacara a nivel regional y mundial. Sin embargo, las crisis económicas, los programas de ajuste estructurales, la reducción del sector público (especialmente en salud), la consolidación del bipartidismo, intereses privados bajo administradores(as) públicos, intereses transnacionales, tráfico de influencias, falta de proyección a largo plazo, desorden administrativo, etc., hicieron que en la década de los noventa la CCSS que maneja el SEM e IVM comenzara a dar primeras señales de resquebrajamiento institucional.

La crisis más reciente del 2011 no solo fue ocasionada por un manejo administrativo corrupto de anteriores administraciones, sino que también, tuvo un efecto de bola de nieve de los problemas de décadas anteriores.

169 Ibidem.

170 Ibidem.

171 El Mundo (23 julio 2016). “Trabajadoras domésticas podrán ser aseguradas por la cantidad de horas que laboren”. Accesado el 12 de setiembre 2016 en: <http://www.elmundo.cr/trabajadoras-domesticas-podran-aseguradas-la-cantidad-horas-laboren/>

172 La Nación (2014). CCSS reformará aseguramiento de trabajadores domésticos. Obtenido el 5 de abril 2016, en: http://www.nacion.com/economia/consumidor/CCSS-reformara-aseguramiento-trabajadores-domesticos_0_1416858322.html



Las principales problemáticas acá analizadas, están altamente relacionadas una con la otra y cada una merece un examen minucioso, ya que los fenómenos observables reflejan únicamente la punta del iceberg. En términos de la situación actual:

a. Calidad de los servicios

- Listas de espera: representa uno de los mayores problemas de la institución, ya que afectan a las personas y su calidad de vida, además de la productividad de la institución. En la actualidad, se han presentado algunos avances: las listas de espera se han empezado a depurar y agilizar en todas las clínicas y hospitales del país. Para el 2016, alrededor de 600.000 personas esperaban algún tratamiento, cita, resultados o cirugías.
- Expediente electrónico: después de décadas de fracasos institucionales (intencionales o no intencionales), la institución ya posee más de la mitad de cobertura de la población en el primer nivel de atención y se espera que en el término del 2018, todos los niveles de atención en todo el país cuenten con este instrumento.
- Medicamentos: se espera que después de la adquisición del nuevo sistema “Compra Red” en el 2013, la compra de medicamentos e insumos médicos tenga un mayor control sistemático, que sea más transparente y de acceso público y que se elimine la vulnerabilidad hacia la corrupción por parte de funcionarios(as) de la institución.
- Enfoque del modelo de atención: representa un área que tanto la CCSS como el Ministerio de Salud ha dejado rezagado y aún no se ha tomado en cuenta las características sociodemográficas y epidemiológicas del país, así como también se ha dejado de lado la promoción de la salud en términos de vida saludable, ejercicio físico, reducción de la obesidad principalmente la infantil, etc.

b. Dirección de la CCSS: una de las aristas que más enfrenta problemas y la que ha sido más difícil de contrarrestar debido al poderío institucional de cuadros en mandos medios y altos que manejan la institución. Hasta la fecha no se han podido remover de sus cargos a presuntos responsables

de la situación actual de la CCSS.

- c. Deuda del Estado y deudas de las empresas privadas con la CCSS: uno de los mayores problemas que impiden la sostenibilidad tanto del SEM como del IVM, además impiden la inversión de infraestructura hospitalaria fomentando el crecimiento de intereses privados en la contratación de servicios privados. La falta de información adecuada, real y fidedigna de los montos de las deudas y los arreglos de pago que realiza la institución, no permite conocer realmente la situación actual de estas problemáticas.
- d. Interés público-privado: esta problemática está altamente relacionada con las anteriores, ya que, si los servicios fallan y no hay capacidad de inversión, los intereses privados en manos de funcionarios públicos crecen. Después de la crisis del 2011, la CCSS ha mantenido la contratación de servicios privados bajo control y no son la primera opción institucional ante la carencia de insumos, tratamientos o medicamentos. Sin embargo, la falta de datos e información transparente sobre la contratación de servicios privados es un problema para medir avances y debilidades.
- e. Falta de participación ciudadana: el alejamiento de la población en cuanto al interés por la defensa de la seguridad social representa un problema debido a que la rendición de cuentas queda en un segundo plano. La inexistencia de demandas por servicios de calidad y oportunos no ejerce presión para el desempeño de funcionarios(as) y la elección de buscar tratamientos por medio de la medicina privada hacen que la población no perciba a la CCSS como vital para el país, sino que genera desinterés por lo que ocurre en la institución. En la actualidad, se puede decir que hay un desencanto social con la institución.
- f. Jornadas laborales y productividad: este ha sido un aspecto sin resolver y sin pronta resolución debido a los intereses monetarios que el gremio médico y personal de la institución percibe a raíz de las horas extras. La oposición de medidas correctivas ante este problema ha hecho que el gasto institucional se haya disparado en los últimos años afectando la sostenibilidad de la seguridad social.
- g. Poblaciones vulnerabilizadas: la mayoría de las



poblaciones vulnerabilizadas por el Estado y sociedad en Costa Rica presentan las mayores discriminaciones en el acceso a la seguridad social. En algunos casos se presentan pequeños avances, como por ejemplo en el caso de las trabajadoras(es) domésticas(os) y las personas LBGTIQ quienes ante décadas de luchas recientemente han ido adquiriendo los beneficios sociales que antes eran violentados y discriminados.

En el caso de personas aseguradas por cuenta del Estado, quienes reciben la pensión del RNC, habría que revisar los términos de primero, accesibilidad (por ejemplo, la pobreza no tiene nacionalidad y aun así personas migrantes en condición de pobreza extrema y en su mayoría mujeres no pueden acceder a esta protección) y segundo, se deben de examinar las razones por las cuales la CCSS no está ejecutando la totalidad del presupuesto anual asignado para estas pensiones, principalmente para personas adultas mayores y personas en condición de discapacidad.

Finalmente, las personas trabajadoras migrantes, temporales e informales, las cuales, debido a la ausencia de registros, irresponsabilidades patronales y falta de controles de la institución son las que viven

en constante peligro de su integridad mental y física y a las personas quienes más se les violan sus derechos humanos en general.

Buscar soluciones para la seguridad social no es una tarea sencilla. Ver las problemáticas en su conjunto y el estado actual es una tarea aún más complicada. Sin embargo, buscar soluciones desde la sociedad civil es el verdadero reto.

Cada situación de nuestro modelo de seguridad social requiere de un trabajo de acción colectiva de las personas que conforman la plataforma nacional. Acción colectiva que puede ser efectiva únicamente si es basada en la solidaridad, reciprocidad entre diferentes sectores y una comunicación efectiva de quienes han venido participando y quieren lograr una incidencia verdadera.

Después de múltiples crisis y manejos inadecuados del sistema de seguridad social, aún el modelo sigue ahí mostrando una fuerte arquitectura con la que fue diseñado e implementado. Sin embargo, no es posible conocer cuánto va a soportar más el modelo, por lo cual, es ahora el momento de recuperar lo que les pertenece a todas y todos los costarricenses.



Abreviaturas

AyA	Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados
ANEP	Asociación Nacional de Empleados Públicos y Privados
ASTRADOMES	Asociación de Trabajadoras Domésticas
BUSSCO	Bloque Unitario Sindical y Social Costarricense
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CENCINAI	Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral
CGR	Contraloría General de la República
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud
FODESAF	Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares
ICE	Instituto Costarricense de Electricidad
IMAS	Instituto Mixto de Ayuda Social
INS	Instituto Nacional de Seguros
IVM	Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
LOM	Lista Oficial de Medicamentos
MTSS	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
OIJ	Organismo de Investigación Judicial
PASE	Partido Accesibilidad sin Exclusión
PASS	Programa de Automatización de Servicios de Salud
PEA	Población Económicamente Activa
PIB	Producto Interno Bruto
PAC	Partido Acción Ciudadana
PFA	Partido Frente Amplio
PLN	Partido Liberación Nacional
PRIDES	Productos Informáticos para el Desarrollo
PUSC	Partido Unidad Social Cristiana
PWC	PricewaterhouseCoopers
RNC	Régimen No Contributivo
SEM	Seguro de Enfermedad y Maternidad
SUGESS	Superintendencia General de Servicios de Salud
TAC	Tomografía axial computarizada
UCCAEP	Unión Costarricense de Cámaras y Asociaciones de la Empresa Privada
UNDECA	Unión Nacional de Empleados de la Caja y la Seguridad Social
UNIBE	Universidad de Iberoamérica
UTLE	Unidad Técnica de Listas de Espera



Autores

Diana León Espinoza

Licenciada en Ciencias Políticas de la Universidad de Costa Rica (UCR) con una maestría en Desarrollo y Gobernanza de la Universidad Duisburg-Essen (UDE) de Alemania y candidata al doctorado de Gobierno y Relaciones Internacionales de la Universidad Griffith en Australia. Consultora externa en la Friedrich Ebert Stiftung (FES) e investigadora en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO Costa Rica) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Los temas que trabaja son migración y refugio; género y desigualdad; desarrollo humano; y procesos de democratización. En su proyecto de doctorado explora los aspectos socio-políticos vinculados a la adopción de políticas de cuidados en América Latina.

Pié de Imprenta

Fundación Friedrich Ebert
San José | Costa Rica

Hansjörg Lanz
Representante Fundación Friedrich Ebert
para Costa Rica, Nicaragua y Panamá
E-Mail: costarica@fesamericacentral.org
Tel.: +506 2296 0736
<http://www.fesamericacentral.org>

En 1965 la Friedrich-Ebert-Stiftung (FES, Fundación Friedrich Ebert) abre en Costa Rica su primera oficina en la región centroamericana. El 23 de julio de 1965 se firma el Convenio de Cooperación entre el Gobierno de Alemania y el Gobierno de Costa Rica. El 1° de setiembre de 1980 se aprueba la Ley no. 6454 que lo ratifica.

Por más de 50 años la Fundación Friedrich Ebert en Costa Rica ha desarrollado sus actividades como plataforma de diálogo, análisis político y de asesoría política. La participación de múltiples actores y el fortalecimiento de la democracia social son bases de la cooperación realizada con instituciones sociales y políticas costarricenses.

En la actualidad, la Fundación Friedrich Ebert, a través de su oficina en Costa Rica, desarrolla los ocho campos de trabajo regional de la FES en América Central. El concepto de planificación en red de las seis oficinas centroamericanas consiste del trabajo nacional con intercambio regional y seguimiento nacional.

Las actividades permiten una cooperación con múltiples actores progresistas en los seis países centroamericanos y en los campos de la justicia social, la democracia, el cambio climático, la economía sostenible y la seguridad. Destaca además, en lo nacional y lo regional el trabajo sindical, de género y con jóvenes - agentes de cambio.

El uso comercial de todos los materiales editados y publicados por la Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) está prohibido sin previa autorización escrita de la FES.

Las opiniones expresadas en esta publicación no representan necesariamente las de la Friedrich-Ebert-Stiftung.