

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN  
ORTEGA Y GASSET**

**Programa de Doctorado  
GOBIERNO Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**



**TESIS DOCTORAL**

**Estado de bienestar y cambio: la transformación de las políticas  
públicas de salud en Costa Rica (1990-2014)**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Blanca Rosa Gutiérrez Porras**

Director

**Manuel Sánchez Reinón**  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

**Madrid, 2016**



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE  
MADRID



FUNDACIÓN  
INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN  
JOSÉ ORTEGA Y GASSET

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID  
INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN  
ORTEGA Y GASSET

Programa de Doctorado

GOBIERNO Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

**ESTADO DE BIENESTAR Y CAMBIO: LA TRANSFORMACIÓN DE  
LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN COSTA RICA  
(1990-2014).**

Doctoranda

**BLANCA ROSA GUTIERREZ PORRAS**

Director de la Tesis

**DR. MANUEL SÁNCHEZ REINÓN**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID**

Madrid, 2015



### Agradecimientos

Dedico esta tesis a mi hermano Miguel, aunque ya no está con nosotros, mi esfuerzo y mi trabajo están dedicados por su apoyo incondicional.

Agradezco a mi familia, por los valores que me inculcaron y quienes han sido mi mayor motivación. A Jhessy por sus palabras y sonrisas que me dieron la fuerza en momentos de tanta presión. A Colate, por su lealtad poderosa, mi amigo silencioso.

Agradezco a esas personas, que me apoyaron desde el inicio de este largo camino, en especial a Doña Delia Villalobos, quien fue la primera persona que me impulsó a lanzarme en este proyecto cuando ejercía su cargo de Directora Nacional del Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación.

Agradezco, a mi amiga y compañera de tantas investigaciones académicas, María de los Ángeles Carrillo, quien me involucró en la vida académica confiando en mí cuando se dieron grandes retos en la Universidad Nacional.

Mi agradecimiento profundo y sincero a la Dra. Rocío Sáenz, Ex Ministra de Salud, quien tuvo siempre la paciencia y el tiempo para ubicarme en el difícil contexto de la seguridad social y de los servicios de salud en Costa Rica. Tiene ahora en sus manos el gran reto de presidir la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), principal institución analizada en mi tesis.

A mis jefes durante las investigaciones realizadas en Costa Rica, Don Jorge Antonio Muñoz y Osvaldo Pandolfo, quienes me permitieron en medio de tantos proyectos deportivos, avanzar siempre hacia adelante en mi tesis.

Agradezco a mi guía, asesor, pero ante todo a quien me motivó a no desfallecer y a encontrar nuevas teorías, nuevos enfoques, mejorar mi planteamiento. Muchas gracias profesor Manuel Sánchez Reinón, porque no lo habría logrado sin su consejo oportuno.

Gracias infinitas a Dios y a la Virgen de los Ángeles, por todo.



**ÍNDICE**

<b>Abstract</b> .....	<b>11</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>13</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>15</b>
<b>I. CONTEXTO.</b> .....	<b>27</b>
1. Globalización y su impacto en el Estado de Bienestar. ....	27
1.1 Globalización Económica: Concepto.....	27
1.2. El Consenso de Washington: Principios fundamentales de la Globalización.....	28
1.3 Los resultados de la globalización económica.....	30
1.4. Globalización y América Latina .....	34
1.5. La privatización en América Latina.....	37
1.6. Crisis del Estado de Bienestar.....	43
<b>II. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>53</b>
2. Políticas Públicas y Neoinstitucionalismo.....	53
2.1. Políticas públicas. ....	53
2.2. Clasificación de las políticas: (Lowi, 1964) .....	54
2.3 Los actores y el sistema: reconstruir el rompecabezas. La escuela " public policy" ...	56
2.4. Análisis de políticas públicas.....	57
2.5. La formulación de la agenda política.....	62
2.6. Características de una política pública:.....	64
2.7 La aparición de problemas públicos (Meny & Jean-Claude, 1992).....	68
2.8 La decisión pública .....	69
2.9. Los actores: .....	73
2.10. La implementación.....	78
2.11. La evaluación .....	81
2.12. Sucesión y terminación de políticas.....	84
2.13. El Neoinstitucionalismo.....	85
3. ESTADOS Y REGÍMENES DE BIENESTAR EN AMÉRICA LATINA. ....	97
3.1. Estados de bienestar .....	98
3.2. Evolución histórica de los Estados de Bienestar (breve reseña).....	100
3.3. Política social y Estado de Bienestar .....	104
3.4. Política Social, Estado de Bienestar y Régimen de bienestar.....	108

3.5. Regímenes de bienestar en América Latina.....	112
3.6. Clasificación de regímenes de bienestar en América Latina .....	117
4. LOS SISTEMAS DE SALUD: TIPOLOGÍAS Y TRANSFORMACIÓN.....	121
4.1. Los factores determinantes de la salud. ....	121
4.2. Los sistemas de salud.....	123
4.3. Tipologías de Sistemas de Salud: Dimensiones y transformación .....	124
4.4. Dimensiones del Sistema de Salud. ....	127
4.5. Clasificación de tipos de Sistemas de Salud.....	130
4.6. Transformación de los sistemas de salud.....	134
4.7. La tendencia hacia una hibridización de los sistemas de salud .....	140
4.8. Principales cambios en los sistemas de salud: .....	142
4.9. Sistemas de salud en América Latina: Reformas y tendencias.....	147
<b>III. TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DE COSTA RICA. ....</b>	<b>153</b>
5. POLÍTICAS PÚBLICAS DE BIENESTAR SOCIAL Y EL SURGIMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN COSTA RICA.....	153
5.1. Costa Rica en el contexto centroamericano .....	153
5.2. Costa Rica: Reseña histórica de su desarrollo socioeconómico. ....	158
5.3 Limitaciones y retos en la consolidación del Estado de Bienestar costarricense: ....	165
5.4. Efectividad de las distintas políticas públicas del régimen de bienestar costarricense a partir de la década de los 90's. ....	167
5.5. Reseña histórica de la seguridad social en Costa Rica .....	184
5.6 La reforma de la previsión social y la Ley de Protección Social.....	186
6. EL SISTEMA DE SALUD EN COSTA RICA: SU HISTORIA, SU CONSTRUCCIÓN Y TRANSFORMACIÓN. ....	191
6.1 Historia (Gómez O. , 2003).....	191
6.2. La importancia de la Caja Costarricense de Seguro Social .....	201
6.3. La universalización de los servicios de salud (1970-1985) .....	205
6.4. Año 1980: El inicio de la crisis y transformación del sistema de salud en Costa Rica .....	210
6.5. La reforma del Sector Salud: 1990-2000 .....	214
6.6. El inicio de la apertura de mercados en el sistema de salud .....	219
6.7. Los aspectos financieros del sector salud .....	228
6.8. Los principales problemas de la CCSS.....	235

6.9. Estudio comparativo sobre las reformas de salud en América Latina: Los casos de El Salvador, Colombia y Costa Rica .....	251
<b>IV. ESTUDIO DE CAMPO: Resultados. ....</b>	<b>279</b>
7. METODOLOGÍA DE TRABAJO DE CAMPO.....	279
.- Diálogo Nacional para el fortalecimiento del Seguro de Salud Costarricense en el Contexto de la Salud Pública (Salud, 2014) .....	302
.- Foro No. 1 El Estado de Bienestar Costarricense: La transformación del sistema de salud. ....	306
Foro No. 2: Foro Nacional hacia el fortalecimiento de los servicios de salud públicos y privados.....	310
Foro No. 3: Foro sindical: Posición de las Organizaciones Sindicales Sobre el informe de la Comisión designada por la Casa Presidencial y ratificada por la Junta Directiva de la CCSS (Salud O. s., 2011).....	315
.- Informe de los Notables: Otra posición en el análisis de sus recomendaciones.....	319
.- Cinco estudios acerca del seguro social de salud de Costa Rica (OPS, Cinco estudios acerca del seguro social de salud de Costa Rica, 2013).....	326
.- ¿Crece el sector privado de la Salud en Costa Rica?.....	329
.- El Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) y su relación con los seguros privados .....	335
.- El crecimiento del sector privado: Algunas notas importantes de los principales medios de información en el país: .....	339
8.1. Análisis general de los hallazgos: .....	344
8.2. La complejidad de las políticas públicas de salud en Costa Rica: .....	347
<b>V. CONFRONTACION OBJETIVOS y CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS . ....</b>	<b>355</b>
<b>CONCLUSIONES. ....</b>	<b>367</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>373</b>
<b>ANEXOS:.....</b>	<b>383</b>
Cuestionario de la Encuesta Nacional de Percepción de la población costarricense.....	383
Diálogo Nacional para el fortalecimiento del Seguro de Salud Costarricense en el Contexto de la Salud Pública .....	395
Posición de los sindicatos con las recomendaciones de la Comisión de Notables .....	403
Invitación al Foro de Estados de Bienestar .....	415



## INDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

<b>No. de Cuadro</b>	<b>Título</b>	<b>Página</b>
Cuadro No. 1	La medida de complejidad de políticas públicas	78
Cuadro No. 2	Clasificación de Estados de Bienestar	103
Cuadro No. 3	Algunos indicadores de salud de Costa Rica	200
Cuadro No. 4	Evolución de los aspectos financieros de la CCSS (1970-2000)	231
Cuadro No. 5	Comparación de reformas de los Sistemas de Salud de El Salvador, Colombia y Costa Rica	275
Cuadro No. 6	Comparación de dimensiones del sistema sanitario de El Salvador, Colombia y Costa Rica	276
Cuadro No. 7	La medida de la complejidad de las políticas públicas de Salud Costa Rica	348

<b>No. de Gráfico</b>	<b>Título</b>	<b>Página</b>
Gráfico No. 1	Porcentaje de entrevistados que consideraron cuánto garantiza el Estado el derecho a la salud según temas	293
Gráfico No. 2	Porcentaje de personas según consideraron si se privatiza la Educación y la Salud en Costa Rica	294
Gráfico No. 3	Porcentaje de personas entrevistadas según consideraron que si pudieran optar por un seguro privado dejarían de cotizar a la Seguridad Social	294
Gráfico No. 4	Porcentaje de personas entrevistadas según consideraron si tuvieran la oportunidad de elegir entre los servicios privados y los de salud.	295
Gráfico No. 5	Porcentaje de personas entrevistadas que señalaron haber realizado gastos de bolsillo en salud según tipo de servicio.	295
Gráfico No. 6	Porcentaje de personas entrevistadas según debilidades que consideran se da en el servicio de salud del Estado	296
Gráfico No. 7	Porcentaje de personas entrevistadas que consideraron que el Ministerio de Salud y la CCSS han logrado mejorar la cobertura y la ampliación de servicios	297

**Abstract****WELFARE STATE AND CHANGE: THE TRANSFORMATION OF PUBLIC HEALTH POLICY IN COSTA RICA (1990-2014).**

For many years Costa Rica has been recognized by the historical construction of the welfare state, recognized by the equal and universal access to education and health with significant advances that lets you keep human development indicators in levels compared with developed countries.

However, after the international crisis of 1980, which strongly affected Latin America, Costa Rica, began to undergo a transformation in its development model in the context of neoliberal globalization, which is strengthened increasingly, the private sector welfare services, especially education services and subsequently directed to health care. State services began to suffer budget cuts becoming deeper these phenomena from the early 90's in the presence of increasingly deteriorating public services.

This research explained by study of public health policies established from 1990 and the transformation of the health system, making a historical construction of the main events and phenomena from the perspective of neo-institutionalism historical changes Rican State.

The Ministry of Health, with the crisis of 1980 and the Reform of 1990, is reduced in function and budget to be transferred to the Costa Rican Department of Social Security, preventive services in primary care, which should be taken from of this reform, the resources of contribution rates for health insurance.

The problems of financial sustainability and policy and administrative management that reflects what is stated in the approach path dependence " " of the aforementioned institutions, revolved around the crisis of the health system, becoming one of the main important issues of national debate.

The deterioration of health services has meant an opportunity for the private sector, where citizens are an option to solve their health problems to the long waiting lists and quality

of service generated very serious infrastructure problems. The transformation of the health system, as the health system theory is summarized in increased funding of private spending, highlighting pocket expenses of citizens, in the absence of an insurance market.

However, the FTA is expected in the near future, the consolidation of this market together with a private sector that has diversified its services and has seen its demand. This means a change in service delivery, which earlier belonged almost exclusively to the CCSS. All this leads us to conclude on the transformation of the health system happens to be sustained by contributions from social security to mixed with a high component of private financing and delivery of services.

In this new context, regulation is key to ensuring healthy competition of enterprises and more information for users of the service, however, Costa Rica reflects serious weaknesses in this regulation, by the Ministry of Health, whose lack of stewardship find difficulties to a wide range of actors involved in health policy, which makes it extremely complex public health policies.

Citizens, reflect a greater preference for private health services, with weak public policies developed at the state attempt to strengthen their health systems face increasing commodification of health services in Costa Rica, with risks a breakdown of solidarity and universal Welfare State Costa Rican principles.

**Keywords:** Economic Globalization, Health Systems, United Welfare, Public Policy, Neo-Institutionalism historic, path dependence

**Resumen**

ESTADO DE BIENESTAR Y CAMBIO: LA TRANSFORMACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN COSTA RICA (1990-2014).

Durante muchos años Costa Rica se ha reconocido por la construcción histórica de su Estado de bienestar, reconocido por el acceso igualitario y universal a la educación y la salud con avances significativos que le permite mantener indicadores de desarrollo humano en niveles comparados con los países desarrollados.

Sin embargo, luego de la crisis internacional de 1980, que afectó fuertemente a Latinoamérica, Costa Rica, comenzó a sufrir una transformación en su modelo de desarrollo en un contexto de globalización neoliberal, en el que se fortalece cada vez más, el sector privado de servicios de bienestar, en especial, los servicios de educación y posteriormente, los dirigidos a la atención de la salud. Los servicios del Estado empezaron a sufrir recortes presupuestarios haciéndose más profundos dichos fenómenos a partir de la década de los 90's en presencia de servicios públicos cada vez más deteriorados.

Esta investigación explicará los cambios del Estado Costarricense por medio del estudio de las políticas públicas de salud establecidas a partir de 1990 y la transformación del sistema de salud, haciendo una construcción histórica de los principales acontecimientos y fenómenos desde una perspectiva del neo-institucionalismo histórico.

El Ministerio de Salud, con la crisis de 1980 y la Reforma de 1990, se ve reducido en su función y presupuesto al ser trasladada a la Caja Costarricense de Seguro Social, los servicios de prevención de atención primaria, la cual debería ser asumida a partir de dicha reforma, con los recursos de las cuotas de cotización del seguro de salud.

Los problemas de sostenibilidad financiera y una gestión política y administrativa que refleja lo expuesto en el enfoque de "path dependence" de las instituciones antes mencionadas, giraron alrededor de la crisis del sistema de salud, constituyéndose en uno de los principales temas relevantes del debate nacional.

El deterioro de los servicios de salud, ha significado una oportunidad para el sector privado, donde los ciudadanos encuentran una opción para resolver sus problemas de salud, ante las largas listas de espera y la calidad del servicio, generado por problemas de infraestructura sumamente serios. La transformación del sistema de salud, conforme la teoría de sistema de salud, se resume en una financiación mayor del gasto privado, resaltando los gastos de bolsillo de los ciudadanos, ante la ausencia de un mercado de seguros.

No obstante, con el Tratado de Libre Comercio, se espera en un futuro próximo, la consolidación de este mercado conjuntamente con un sector privado que ha diversificado todos sus servicios y ha visto crecer su demanda. Lo anterior, significa una variación en la prestación de servicios, que antes correspondían casi de manera exclusiva a la CCSS. Todo esto nos lleva a concluir sobre la transformación del sistema de salud que pasa de ser sostenido por las cuotas de la seguridad social a uno mixto con un alto componente de financiación y prestación de servicios privados.

En ese nuevo contexto, la regulación es clave para garantizar una sana competencia de las empresas y la mayor información para los usuarios del servicio, sin embargo, Costa Rica refleja serias debilidades en esta regulación, por parte del Ministerio de Salud, cuya ausencia de rectoría encuentra dificultades ante una amplia gama de actores involucrados en las políticas de salud, que hace sumamente compleja las políticas públicas de salud.

Los ciudadanos, reflejan una mayor preferencia hacia los servicios privados de la salud, ante las débiles políticas públicas que se desarrollan en el intento estatal de fortalecer su sistema de salud frente a una creciente mercantilización de los servicios de salud en Costa Rica, con riesgos de una ruptura de los principios solidarios y universales del Estado de Bienestar Costarricense.

**Palabras claves:** Globalización Económica, Sistemas de salud, Estados de Bienestar, Políticas Públicas, Neo-Institucionalismo Histórico, path dependence

## INTRODUCCIÓN

### Justificación

Durante muchos años Costa Rica se ha caracterizado por la construcción histórica de su Estado de bienestar, reconocido por las garantías de los pilares fundamentales para el desarrollo social, como son, el acceso igualitario a la educación, salud, vivienda y otros servicios de bienestar en todo su territorio nacional, con avances significativos que permiten aún en la actualidad, mantener indicadores de expectativa de vida conjuntamente con parámetros de salud y educación en niveles comparados con los países desarrollados.

Sin embargo, luego de la crisis internacional de 1980, que afectó fuertemente a Latinoamérica, Costa Rica, comenzó a sufrir una serie de transformaciones de su modelo de desarrollo, fortaleciéndose el mercado como proveedor de servicios de bienestar con una manifiesta tendencia creciente. Este fenómeno ha sido más acelerado en materia de educación, no obstante, en materia de salud, el proceso fue más lento aunque no menos importante en la mercantilización de los servicios de salud.

La aparición del mercado en los servicios de bienestar, se desarrolla paralelamente, con un deterioro paulatino pero en escala, en ambos servicios, producto de un Estado Costarricense que inició un camino de mayores problemáticas y difíciles complejidades que se profundizan aún más a partir de 1990.

Es en ese contexto que esta investigación intentará explicar los cambios del Estado Costarricense por medio del estudio de las políticas públicas de salud establecidas a partir de 1990 y sus implicaciones en la transformación del sistema de salud. Vale indicar que el surgimiento del sistema actual de salud, data desde antes de 1940, no es sino a partir de 1950 donde el Estado comienza a fortalecer el financiamiento del sistema de salud mediante las cotizaciones obligatorias a la seguridad social, tanto de empresarios y trabajadores del sector público y privado, así como aportes adicionales que brinda el Estado. El sistema de salud, cuenta con dos instituciones garantes del acceso a la salud: el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, instituciones que históricamente han liderado grandes esfuerzos por proveer un sistema de salud con características de universal y de acceso

igualitario. Sobre estas dos instituciones se concentrará esta investigación, aunque dada la crisis profunda que atraviesa la CCSS, será difícil no prestar mayor atención a esta última.

Resalta históricamente, las inversiones importantes que realizó el Estado Costarricense a partir de 1970, siendo realmente destacables los esfuerzos que a partir de esa década se desarrollan para alcanzar la universalidad en la prestación del servicio, por ejemplo, se inicia en esa década, la construcción de importantes hospitales públicos, la modernización de su infraestructura de servicios y el fortalecimiento de la educación en todas las ramas de la medicina.

No obstante, como he señalado al principio, a partir de 1980, América Latina sufrió una fuerte crisis económica que afectó seriamente a Costa Rica, país que tenía que cumplir condiciones de organismos internacionales para enfrentar el endeudamiento acumulado y la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento. En medio de esta crisis, el Estado Costarricense inicia un cambio en su modelo de desarrollo y de gestión de políticas públicas más tendientes a establecer mecanismos indirectos o directos de privatización, entre ellas las dirigidas a la salud. Los problemas de sostenibilidad financiera y de gestión política y administrativa de las instituciones antes mencionadas, se fueron agravando provocando la crisis del sistema de salud, constituyéndose en uno de los principales temas relevantes del debate nacional.

El debate nacional, ha incorporado presiones de distintos movimientos sociales, sobre la garantía de la sostenibilidad financiera de la seguridad social, la debilidad tributaria del Estado para seguir manteniendo el sistema de salud y por otro lado, la presión social por parte de la ciudadanía que ha manifestado una insatisfacción general por el deterioro e incapacidad de respuesta de la CCSS en la oportunidad y cantidad de los servicios sanitarios, tanto por las acumuladas listas de espera de atención, el estado de la infraestructura de salud, los niveles de corrupción, como el tener que acudir a centros privados pagando con sus bolsillos, servicios por el cual han cotizado a un sistema que no les brinda la atención en tiempo y calidad.

Este último tema, es uno de los signos que comprueban una paulatina transformación en la organización del sistema de salud originado en el surgimiento de un sector privado de la salud que se ha ido fortaleciendo con el paso de los años en distintas áreas de atención y con mayor oportunidad.

Como Administradora Pública e investigadora de las políticas sociales de bienestar, me ha interesado estudiar cómo se han realizado los cambios del Estado de Bienestar de Costa Rica pese a que los principios legales que lo inspiraron aún se encuentran plasmados en su Constitución Política y principales leyes del Estado pero que en la práctica se están dando nuevas tendencias mercantilistas en la prestación de servicios de bienestar, como es el caso del creciente sector privado de la salud.

El análisis de los resultados de la encuesta que en esa materia realizó la Universidad Nacional de Costa Rica (UNA), las constantes noticias y distintos estudios oficiales sobre los problemas que enfrenta el sistema de salud estatal, se resumen en una gran preocupación, la ineffectividad de las políticas públicas en el intento estatal de fortalecer el sistema de salud público frente una creciente mercantilización de los servicios de salud en Costa Rica, cuyo caso intentará explicar la problemática de una mayor desigualdad y la ruptura de los principios solidarios del Estado de Bienestar Costarricense. Este sin duda es el problema que intentará explicar la presente investigación.

## 1. Objetivos de la Investigación:

### 1.1 Objetivo General:

Explicar las políticas públicas de salud durante el periodo 1990-2014, exponiendo los principales factores determinantes de transformación del sistema de salud y su relación con los cambios del Estado de Bienestar de Costa Rica

### 1.2 Objetivos Específicos

1. Señalar la evolución histórica, política y social del Estado de Bienestar en Costa Rica.
2. Describir las principales características del Estado de Bienestar en Costa Rica del periodo 1990 al 2014.
3. Estudiar las fuerzas internas y externas que a principios del Siglo XXI, han generado una transformación en el sistema de salud costarricense.

4. Explicar los cambios originados en la posible transformación del sistema de salud y su relación con una mayor desigualdad en el acceso de los servicios en el país.
5. Conocer las políticas que el Estado Costarricense se ha planteado para enfrentar las transformaciones de las dimensiones del sistema de salud: financiamiento, provisión de servicios y regulación.
6. Comprender las nuevas tendencias del Estado Costarricense como prestador principal de los servicios de bienestar mediante el análisis de las transformaciones sufridas en su sistema de salud.

## 2. Marco conceptual:

Se ha generado vasta literatura acerca de la Globalización de la cual se puede desprender variedad de conceptos que van desde las orientaciones económicas hasta las éticas, políticas y filosóficas entre otras más. En la actualidad, las discusiones teóricas sobre este fenómeno de globalización, se origina por los efectos de las crisis financieras que influyen fuertemente en los modelos de desarrollo de los distintos países, por ejemplo, las crisis financiera en la Unión Europea que ha obligado a sus países a tomar medidas de recorte de gasto público y buscar nuevas opciones para la prestación de los servicios de bienestar.

Desde la perspectiva económica, la Globalización está definida como el proceso en el cual se profundiza cuantitativa y cualitativamente la internacionalización de las economías por medio de la extensión del comercio entre los países y la transnacionalización o sea el traslado de las empresas que se localizan en otros países distintos a su origen, principalmente las multinacionales. Sin duda, en ambos factores, el desarrollo de las tecnologías, en especial las que generan información y conocimiento, permitieron un mayor impulso y rapidez de los mismos.

Ahora bien, para comprender mejor este proceso, hay que tomar en cuenta los principios fundamentales de la globalización, los cuales según Stiglitz parten del Consenso de Washington: el libre comercio, el libre mercado y la menor intervención estatal posible, reflejado este último aspecto en la privatización de los servicios del Estado y la Austeridad

Fiscal. (Stiglitz, 2000). A la configuración de estos principios promovidos desde finales del Siglo XX se le denomina el Neoliberalismo económico.

Aunque el Consenso de Washington surge de una convocatoria para los países de América Latina ante la crisis económica de la década de 1980, estos principios también se implementaron en la mayoría de los países del mundo bajo la premisa de que constituían verdaderas opciones para lograr el efectivo crecimiento y desarrollo económico.

Resalta, en este contexto la aparición de los organismos financieros, tales como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, quienes a cambio del otorgamiento de los préstamos, establecieron una serie de condiciones de corte neoliberal, las cuales se comenzaron a reflejar inmediatamente mediante la implementación de políticas denominadas de "ajuste estructural", en las que sobresalieron la venta de empresas pertenecientes al Estado y la privatización de bienes y servicios que estaban también a cargo del Estado. Algunos estudios comprueban que en la década de 1990, los niveles de privatización alcanzados en América Latina fueron impresionantes y a una gran velocidad, provocando a la vez mayor desigualdad en la región. (Benedicte, 2008)

En el marco de políticas neoliberales, privatización y desigualdad, surge el cuestionamiento sobre el cómo mantener la construcción de los Estados de Bienestar, entendido como la interrelación del Estado, Mercado y Familia como proveedores de bienestar, en la cual sobresale el conjunto de las instituciones del Estado dedicadas a proveer políticas sociales igualitarias y universales para garantizar el derecho de todos los ciudadanos al bienestar general y oportunidades de desarrollo humano.

En América Latina, los países han desarrollado instituciones y regímenes de bienestar como la educación, la salud y la seguridad social, entre otras, con serias limitaciones y en plena desventaja para alcanzar una construcción de Estados de bienestar como la tuvo Europa, pero los esfuerzos por construir y consolidar Estados de Bienestar en América Latina se refleja en el interés de desarrollar políticas sociales que por un lado faciliten el desarrollo socioeconómico y por otro amortigüe la difícil problemática de desigualdad y pobreza, cuya complejidad y profundización es significativamente mayor a la europea.

En el análisis de los Estados de Bienestar, nos encontramos el terreno en el cual se ha enriquecido los análisis de las políticas públicas, comprendidas estas como aquellas acciones que realiza el Estado con impacto en la vida de sus ciudadanos.

Como parte de las políticas públicas, resaltan de manera relevante, las políticas sociales, consideradas como una actividad eminentemente estatal ligadas generalmente al sostenimiento del ingreso, servicios de salud y servicios sociales, vivienda y políticas de empleo.

En el marco de las políticas públicas, esta investigación además se apoyará en la teoría del neo institucionalismo histórico, la cual brinda su atención analítica en los procesos de gestación y adopción de decisiones políticas en su evolución y secuencias históricas de las instituciones y de los distintos actores que en ello intervienen.

Las políticas públicas que se analizan en esta investigación, son aquellas relacionadas con la "salud", para lo cual acogemos su definición universalmente aceptada y operativa, proveniente de la definición clásica de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS): *"un estado de bienestar físico, psíquico y social, tanto del individuo como de la colectividad"*.

Es decir, la salud no es, única, ni fundamentalmente, un fenómeno biológico; es en gran medida, el resultado de condiciones ambientales y socioeconómicas en las que se desarrolla la vida de las personas. Por ello, la política de salud, entendida como la acción pública dirigida a promover y proteger la salud, debe ser uno de los aspectos prioritarios de las políticas públicas en el cual, su función es combatir las causas sociales de las enfermedades, proteger la salud de la población, y ofrecer servicios de salud sostenibles y eficaces, con criterios de equidad, universalidad y solidaridad.

En este sentido, resalta el concepto del sistema de salud, el cual entenderemos según lo ha determinado la Organización Mundial de la Salud (OMS), como *"el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo, primordial es proteger y mejorar la salud y poner a disposición de la población los servicios preventivos, de curación y cuidados, necesarios en caso de enfermedad."*

En el estudio del cambio de las políticas públicas de salud, se intentará explicar interrogantes como ¿Se mantienen las características universales e igualitarias del Estado de Bienestar en Costa Rica? ¿Qué fuerzas pueden estar detrás de su cambio? ¿Son los principios económicos de la globalización las únicas fuerzas de cambio de del Estado Costarricense? ¿Cómo se puede determinar si su transformación repercute negativamente en el aumento de la desigualdad y la pobreza? ¿Es sostenible el Estado de Bienestar construido en la histórica costarricense?

Siendo que el sistema de salud de Costa Rica ha sido ejemplo para muchas naciones, por los logros alcanzados que se comparan al éxito de países desarrollados, hace aún más interesante la descripción y explicación de los cambios que este sistema ha tenido producto de la globalización económica y otras fuerzas que intentaré explicar en esta investigación. Hay que tener presente que la salud en Costa Rica se ha considerado jurídicamente un asunto de derecho de los ciudadanos y un deber del Estado en garantizar su protección a toda la población, esta será por lo tanto una de las premisas fundamentales de esta investigación

### 3. Hipótesis

La investigación presenta tres hipótesis estrechamente vinculadas:

- Las fuerzas impulsoras de la globalización neoliberal, los fallos del Estado reflejados por el deterioro de los servicios de salud así como la crisis financiera de la CCSS, han favorecido el fortalecimiento del sector privado, que ha incrementado la provisión de servicios ante el aumento de los gastos de bolsillo de los ciudadanos, quienes tienden hacia una mayor preferencia por los servicios privados poniendo en riesgo los principios de solidaridad y universalidad así como la futura sostenibilidad financiera que han sostenido históricamente el sistema de seguridad social en Costa Rica.
- Las políticas públicas de salud para alcanzar la eficiencia y la sostenibilidad financiera, han estado condicionadas por las distintas posiciones de los actores involucrados en el sistema de salud, coincidentes en mantener la senda de inercia institucional, pero sin avanzar en reformas regulatorias, haciendo aún más compleja la problemática de la CCSS.

- La transformación del sistema de salud costarricense ante el crecimiento importante del sector privado, evidencia debilidades en la regulación del Estado Costarricense, lo que produce un proceso de hibridación, generando un sistema sanitario mixto con características propias del Sistema de Seguro Social y del Sistema de libre mercado, pero sin una arquitectura de gobernanza ante la débil rectoría del Ministerio de Salud.

#### Metodología de investigación:

La investigación se establece dentro del enfoque de una investigación cualitativa y cuantitativa que tiene como objetivo describir los principales cambios del Estado de Bienestar Costarricense mediante el estudio de las principales políticas públicas de salud establecidas en Costa Rica, durante los años 1990-2013.

Al utilizar una metodología mixta, cuantitativa y cualitativa, se desarrollaran tablas comparativas y resultados de encuestas con el fin de crear una matriz de marcos cognitivos de los actores que informan sus posicionamientos en la política pública para explicar las hipótesis que luego se señalan.

Como se indicó, con el fin de enriquecer el análisis, se comparará el caso de Costa Rica con dos sistemas de salud latinoamericanos (El Salvador y Colombia) con características diferente al caso de estudio, lo cual permitirá conocer las tendencias en la región.

Asimismo, en vista de la importancia que tuvo la crisis de 1980 en las reformas del Estado Costarricense, se describirá la construcción histórica del sistema de salud a partir de esta década, ya que aunque la reforma de la Salud fue en la década de los 90, dicha crisis puede considerarse el inicio de las fuerzas determinantes para las políticas públicas vigentes.

Esta investigación tendrá como guía el concepto de la investigación científica social, definida como el método para contrastar teorías o hipótesis mediante la aplicación de ciertas normas de análisis a la observación e interpretación de la realidad en circunstancias estrictamente delimitadas, guía que desde la investigación en ciencia social se utiliza cada vez más como base para las políticas públicas y las decisiones jurídicas.

Al ubicarse esta investigación dentro del enfoque mixto, se han desarrollado de manera refinada, una serie de preguntas de investigación y de hipótesis, que surgen como

parte del proceso de investigación, el cual ha sido flexible en el sentido de que se mueve entre los eventos y su interpretación, entre las respuestas y el desarrollo de la teoría.

Se utilizarán distintas técnicas de investigación, tales como la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, encuestas, discusión en grupo de expertos y estudiantes.

4.1 El proceso de la investigación por tanto, tendrá la siguiente estructura:

a) Formulación de la teoría: Se ha seleccionado un tema de investigación adecuado cuya justificación y relevancias ya han sido señaladas. Aunque el tema atiende básicamente una necesidad específica, cual es conocer la transformación del sistema de salud en Costa Rica, la investigación podrá lograr una mejor comprensión del modelo de desarrollo de la sociedad costarricense y el análisis más general de la transformación del Estado de Bienestar en la región latinoamericana, por lo que puede considerarse además esta, como una investigación aplicada a campos más generales.

El punto de partida de la investigación es la existencia de un problema en la transformación del Estado Costarricense, el cual luego de las crisis de 1980, se evidencia una mayor y significativa presencia del mercado de los servicios de bienestar, lo cual podría considerarse un factor del crecimiento de desigualdad en dicho país. Para ello se formularán distintas hipótesis, es decir respuestas adelantadas, que se mantendrán hasta que se acerque a satisfacer esta investigación.

La variable independiente será la política pública de salud y las variables dependientes el resto de variables sociales o institucionales.

b) Técnicas de investigación: Para dicha investigación, he contado con el apoyo de distintas instituciones y expertos, dentro de lo cual resaltan, encuestas y foros universitarios, gracias al apoyo de la Universidad Nacional de Costa Rica y del Instituto de Estudios en Población. Igualmente, me apoyaré en otras instituciones del Estado y empresas privadas prestadoras de servicios de salud, que pueden ser fuentes primarias de información para el estudio del fenómeno a investigar y que permitirán conocer todas las posibles variables de estudio para conjuntamente con el estudio de la teoría, afinar la reflexión sobre el problema planteado en esta investigación.

Por tanto, esta investigación utilizará distintas técnicas de investigación, como es el análisis de la construcción histórica del Estado de Bienestar de Costa Rica y dentro de ella, analizar el comportamiento de las políticas públicas del sistema de salud. Se utilizarán herramientas de recolección de información como son entrevistas, foros y encuestas, análisis mediático de las políticas públicas de salud y de su institucionalidad, todo con el fin de contar con hallazgos relevantes para poder vislumbrar el final de la tesis.

Se pretende que una vez analizados los hallazgos y obtenido los resultados de la investigación, se puede llegar a importantes interpretaciones, como: ¿Se ha logrado plantearse verdaderamente la cuestión que pretendía la investigación? ¿Qué se ha descubierto? ¿Cuál es la importancia esencial de nuestros hallazgos? ¿Hasta dónde responden esos resultados a nuestras expectativas?

#### 5. Preguntas de Investigación:

¿Cuál ha sido el modelo de desarrollo construido en Costa Rica antes de la década de 1980?

¿A partir de 1980 se generan fuerzas motrices de cambio del modelo de desarrollo en Costa Rica?

¿A partir de 1990, se mantiene el Estado Costarricense a favor de políticas igualitarias y universales?

Conforme a los principios de la globalización, ¿cuáles políticas públicas han generado cambios en el sistema costarricense de salud?

¿Qué motores han provocado transformaciones en el Sistema de Salud Costarricense?

¿Las políticas públicas de salud a partir de la década de 1990, son únicamente producto de las tendencias mercantilistas de la globalización? ¿Existen también fuerzas internas en las políticas públicas e instituciones de dicho sistema?

¿Qué políticas públicas ha realizado el Estado Costarricense para que la mercantilización creciente de los servicios de salud no genere mayor desigualdad y pobreza en el país?

¿Cuáles políticas se ha planteado el Estado Costarricense para dar sostenibilidad al financiamiento del sistema de salud así como a la regulación de las transformaciones de dicho sistema?

¿Cuál ha sido la tendencia de los pagos de bolsillo de la población costarricense para atender sus necesidades de salud?



## I. CONTEXTO.

### 1. Globalización y su impacto en el Estado de Bienestar.

#### **1.1 Globalización Económica: Concepto**

La Globalización Económica se define como la creciente interdependencia entre países y mercados en las esferas productivas y financieras, manifestado en el incremento significativo de:

- Comercio mundial
- Inversión extranjera directa
- Otros Flujos Financieros
- Este proceso tiene las siguientes principales características:
- Incremento del poder de las empresas transnacionales y del capital financiero.
- Adopción de reformas de corte neoliberal
- Transnacionalización y concentración del capital
- Eliminación o adaptación de aquellos aspectos técnicos y políticos que protegían a los mercados nacionales junto con una reducción drástica del papel regular que desempeñaba el Estado.

Las empresas multinacionales tienen oficinas de ventas e instalaciones de producción en países de todo el mundo, lo que ha originado que las empresas nacionales tengan que mejorar y diversificar sus productos ante la fuerte competencia de las empresas extranjeras.

Este conjunto de características y de ideología, fundamenta el desarrollo de lo que Ellwood define como los seis pasos de un plan que alardeaba conducir a la prosperidad nacional: (Ellwood 2001)

- El libre comercio
- Una inversión sin trabas

- La desregularización
- El equilibrio presupuestario
- Una inflación baja y
- La privatización de empresas públicas

En los años setenta-ochenta, la globalización alcanzó un gran impulso cuando, los países fueron cambiando su modelo de sustitución de importaciones y se fueron abriendo a la economía mundial y a la competencia con empresas transnacionales. Empezaron a impulsar las exportaciones así como atraer la inversión extranjera.

Para algunos autores, la globalización elevó la creación, producción, distribución y consumo de bienes y servicios a una escala sin precedentes, gracias al aumento de los tratados de libre comercio que favorecen el desarrollo de empresas, la inversión extranjera directa y el flujo de mercados capitales.

Sin embargo, otros autores sostienen que sea cual sea el punto de vista con que se mire la globalización, este es un fenómeno que opera en un modo de producción capitalista cuya ideología neoliberal origina una mayor concentración de poder en el centro del sistema y dependencia en la periferia.

## **1.2. El Consenso de Washington: Principios fundamentales de la Globalización**

El Consenso de Washington, el cual data de 1989, surge como una serie de propuestas que se realizaron con el fin de que América Latina pudiera salir de la crisis de la deuda que se inició desde el inicio de esa década. La convocatoria fue coordinada por medio del Instituto de Economía Internacional de EEUU, donde participaron en la conferencia autores de 10 naciones latinoamericanas. El economista John Williamson, fue quien preparó el conjunto de cuestiones en común, donde se enumeraron 10 reformas de política económica consideradas necesarias para solventar la crisis en América Latina.

Williamson, denominó a ese documento, el "Consenso de Washington", el cual posteriormente y hasta la actualidad forma parte de los debates ideológicos de las políticas neoliberales. Las reformas que formaban parte del documento se resumen en las siguientes:

- Disciplina fiscal
- Reordenación de las prioridades del gasto público
- Reforma tributaria
- Liberalización de las tasas de interés
- Tipo de cambio competitivo
- Liberalización del comercio
- Liberalización de la inversión extranjera directa
- Privatización
- Desregulación
- Derechos de propiedad

Dentro de dicho documento, la seguridad social como la educación superior no fueron consideradas políticas públicas a partir del Consenso, sin embargo para muchos autores, las propuestas del Consenso sí se refieren en cierta forma al Estado y al gasto público, por contener en sus ideas el corte neoliberal de la supremacía del mercado, liberalización y privatización.

El Consenso de Washington manifestaba el conjunto de políticas que seguían colectivamente las instituciones de esa ciudad, las cuales asesoraban a los países en desarrollo: las instituciones de Bretón Woods (Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial), así como el Banco Interamericano de Desarrollo, el Tesoro y la Reserva Federal de USA. Estas instituciones nacieron el mes de julio de 1944, producto de las negociaciones de Bretón Woods, New Hampshire, EEUU, las cuales surgen basadas en la teoría de cooperación internacional, pero utilizaron como base, la teoría liberal del comercio plasmada en el pensamiento de Adam Smith. (Cárdenas 2003)

Las propuestas neoliberales del Consenso de Washington dejaron de ser únicamente aplicables para América Latina convirtiéndose posteriormente en fuerzas motoras fundamentales para impulsar la globalización económica.

Finalmente, y como un hecho importante para el análisis de la globalización, es que el tiempo en que las propuestas del Consenso se acentúan en América Latina no fue tiempo de dictaduras, el Consenso más bien se profundiza en los tiempos del regreso a los gobiernos electoralmente elegidos, como Chile, Brasil, Argentina y Uruguay.

Décadas después del impulso de las reformas neoliberales acordadas en el Consenso de Washington se debate si la globalización ha tenido las mismas tendencias de crecimiento y desarrollo para todas las naciones, siendo especial para esta investigación el análisis del contexto de globalización interno de cada una de ellas, sobre todo en las relaciones Estado-Mercado y las posibles consecuencias en el papel del Estado.

### **1.3 Los resultados de la globalización económica**

La inserción de los países en la economía mundial requirió de los países, realizar una serie de ajustes y modificaciones a sus instituciones, en especial las ligadas a los aspectos macroeconómicos y microeconómicos.

Por ejemplo, en el desarrollo de las tecnologías de información y conocimiento, los países desarrollados han realizado grandes avances que se manifiestan no sólo en los procesos productivos sino también en el suministro de servicios. Esta ventaja obedece a que estos países cuentan con las plataformas y profesionales competitivos en el desarrollo de las tecnologías, factor que sin duda viene a facilitar la pronta adaptación a las precondiciones globalizadoras, dado el impulso que las tecnologías brindan a la productividad y competitividad. El sector privado es quien con mayor flexibilidad y velocidad ha absorbido las nuevas tecnologías y conocimientos en la producción y suministro de servicios.

En ese sentido, Castells sostiene que la productividad y competitividad dependen de la calidad de los recursos humanos y de la capacidad estratégica de instituciones y empresas para articular dichos recursos en torno a proyectos de inversiones viables y sustentables donde la estabilidad social y política juega un papel esencial para los inversores globales. (Castells, 2003)

Ahora bien, en el análisis de las capacidades que tiene América Latina para adaptarse a la globalización, se observan serios problemas para que la región pueda realizarlo con la misma facilidad y rapidez que los países desarrollados. Más bien la región sufre aún de las

crisis económicas y políticas que han sido permanentes en un contexto de profunda desigualdad social por lo que se manifiestan inquietudes sobre el alcance de un verdadero crecimiento y desarrollo económico y social en el contexto de la globalización.

Para alcanzar los éxitos de la globalización, algunos autores sugieren que los esfuerzos por aumentar el comercio a través de las medidas de liberalización al menos vayan acompañados por medidas dirigidas a reducir las desigualdades, situación de difícil éxito por ejemplo en la región latinoamericana, donde esta problemática es compleja, histórica y cada vez más profunda.

Algunas investigaciones han concluido que la inserción en el proceso de globalización tiene un impacto negativo sobre la población más pobre de los países de la periferia, el cual ha sido mayor que aquél producido en los países del centro.

Algunas razones que explican la diferencia de los resultados entre países desarrollados y en desarrollo son:

- Uno de los efectos más perjudiciales de la globalización, resultante de la tendencia a la imposición mundial de nuevos esquemas tecnológicos y de división internacional del trabajo, tiene que ver con la modificación radical de los volúmenes de globales de ocupación y de la composición del trabajo en la producción de bienes y servicios. Así, de la globalización resulta una creciente desigualdad que tiene que ver con el trabajo calificado; los trabajadores altamente calificados tienen mayores posibilidades de conseguir empleo, mientras que los menos calificados, son cada vez menos demandados. Esto tiene como consecuencia la producción de una nueva estratificación mundial: la globalización incluye en su círculo de productividad, crecimiento y mejoramiento de la calidad de vida, a unos pocos países, regiones, grupos humanos y personas, a la vez que se excluye de sus influjos benéficos a la mayoría. Y entre éstos, los más perjudicados son los habitantes pobres de los países de la periferia, debido a la regla de admisión fundamental del mercado: " el que tiene dinero entra y el que no, se queda fuera "; quienes quedan dentro son aquellos que aún tienen trabajo, capacitación adecuada, medios de salud, vivienda, alimentación y seguridad social. En este sentido, hay una correspondencia entre el progreso de la globalización y el avance de la pobreza en el mundo.

.- Entre los países más desarrollados en los cuales aún tienen vigencia las instituciones jurídicas del Estado-nación que protegen los derechos civiles, políticos y sociales, los excluidos por las dinámicas de flexibilización del mercado del trabajo tienen por lo menos un seguro de desempleo y conservan por tanto algún grado de seguridad social. Por el contrario, en los países donde las instituciones del Estado solamente cubren una parte de la población, como sucede particularmente en América Latina, las consecuencias para los nuevos desempleados y para quienes nunca tuvieron un empleo son más graves. No se reconocen los derechos de ciudadanía: los económicos y los sociales, los excluidos pasan de la condición de ciudadanos a la condición de dependientes. Con la pérdida del poder del Estado-nación, los habitantes de estas "tierras de nadie" (porque el Estado queda imposibilitado y se convierten en espacios donde no existen los derechos humanos civiles y políticos) quedan en el más absoluto desamparo.

.- Las exigencias que los organismos internacionales, el FMI, BM y OMC, hicieron a los países de la periferia (reducir el tamaño del Estado, privatizar las empresas públicas, abrir los mercados y los flujos financieros), fueron propuestas a partir de la idea de que con la supresión de las barreras al comercio y la mayor integración de las economías nacionales se conseguiría el mejoramiento de las condiciones de vida de la sociedad y, particularmente, de los más pobres. Sin embargo, el resultado fue otro. Las políticas de liberalización, de apertura de los mercados y de privatización, buscaron beneficiar básicamente los intereses comerciales, financieros e industriales de los países más ricos y de las élites económicas de los países en desarrollo.

Otros resultados de la Globalización, son mencionados por Villasuso (2008), quien añade que la brecha que separa a los países ricos de los países pobres aumenta en razón de la globalización y del avance tecnológico, protegido por los derechos de propiedad intelectual. De acuerdo con el Fondo Monetario Internacional, el ingreso per cápita promedio de la población de los diez países con mayor nivel de desarrollo rebasa los US\$47 mil anuales, mientras que el de las diez economías más retrasadas, de un total de 179, no llega a los US\$900; es decir, menos de \$3 diarios.

Por su parte, el Índice de Desarrollo Humano que construyeron los economistas Mahbub ul Haq y Amartya Sen y que computa el Programa de las Naciones Unidas para el

Desarrollo (PNUD) también muestra enormes diferencias entre los países. En los más ricos el índice rebasa el 0,95 mientras que en los más pobres apenas llega al 0,40.

En cuanto a la tecnología, el Foro Económico Mundial de Davos calcula el Networked Readiness Index, que es una valoración de la preparación tecnológica de los países para insertarse en la globalización y en la llamada Sociedad en Red o Sociedad del Conocimiento. La escala máxima del índice es de seis. Los diez países más avanzados alcanzan calificaciones que superan el 5.4, mientras que la decena de los más rezagados tiene notas inferiores a 2.7.

En relación con la pobreza, el desempleo y la brecha social, el 31% de las personas de los países ricos los consideró como problemas importantes; pero ese porcentaje se elevó al 53% cuando se interrogó a los ciudadanos de las sociedades más pobres, que manifestaron que esas eran las principales patologías que tenían que enfrentar.

Concluye Villasuso que la comparación de estas tres dimensiones: ingresos, calidad de vida y nivel tecnológico, pone en evidencia un planeta ampliamente desigual, donde las desigualdades se reflejan no solo en las estadísticas sino también en las percepciones de la gente. (Villasuso, 2000)

Dado a que para muchos autores, la globalización ha venido a empeorar la situación de los países en desarrollo debido a los impactos negativos producidos en la problemáticas de desigualdad y pobreza, actualmente se han creado grupos antiglobalizadores. Por ejemplo, Stiglitz señala que el surgimiento de una Nueva Globalización se desarrolla en el mundo en pleno contraste con las políticas neoliberales de la globalización económica, consideradas las culpables de los siguientes resultados:

- No han ayudado al crecimiento
- Mayor Desigualdad
- No ha bajado la pobreza
- Menor acceso a los servicios esenciales
- La democracia en el modelo neoliberal, está en conflicto para enfrentar la pobreza y la desigualdad.

En resumen, distintas investigaciones realizadas sobre las precondiciones económicas, sociales, tecnológicas, políticas y legales necesarias para alcanzar el éxito de la globalización concluyen que éstas se ubican fácilmente en los países ricos lo que ha generado los resultados asimétricos en la economía mundial con mejor panorama en los países desarrollados. Los efectos de estas asimetrías en los países en desarrollo también se han comenzado a investigar con especial énfasis en la profundización y complejidad de la problemática de desigualdad y pobreza, sobre todo porque para algunos autores, mientras prevalezca la pobreza, la desigualdad y la exclusión social que afecta a importantes contingentes de población es imposible alcanzar con éxito el proceso de globalización.

#### **1.4. Globalización y América Latina**

Señala Castells que a partir de la década de los ochenta en adelante, América Latina ha sufrido cambios económicos profundos vinculados a un proceso de reinserción en la economía mundial y a fuertes mecanismos de transformación social y crecimiento de desigualdades. También, señala que la región se caracteriza por problemas enormes de gobernabilidad y corrupción, de legitimidad institucional, de crisis de los sistemas de representación, de falta de instituciones legítimas y eficientes. (Castells, 2003)

En este contexto citado por Castells y según las condiciones que se señalan como requisitos para alcanzar resultados positivos de la globalización pareciera no ser alentador el panorama para la región latinoamericana, o más bien lo que Castells señala como el contraste existente entre la dinámica de la globalización y los límites que ella plantea en las dos caras de la globalización: de un lado la productiva de otro lado la equidad, en ese sentido el balance de la globalización ha sido negativo, concluye Castells.

El balance negativo de la globalización en América Latina, se ve reflejado en la desintegración de sectores protegidos de la empresa pública y en la estrangulación de numerosas pequeñas y medianas empresas por las altas tasas de interés, generando así paro estructural y no sólo sub-empleo. Junto a ello, altas tasas de crecimiento económico han generado un amplio estrato medio-alto urbano de nuevo tipo, ligado a la empresa privada, con altos niveles de educación, sofisticación profesional y patrones de consumo homologables a los estadounidenses y europeos.

De hecho, para algunos autores, existen una serie de dificultades para que América Latina pueda tomar la experiencia europea como insumo para la reflexión en el contexto de América Latina en un marco de competitividad que exige la globalización. Dichas dificultades existentes en la región latinoamericana se resumen así:

- Los elevados índices de informalidad del trabajo
- Los bajos niveles de recaudación fiscal que hacen depender fuertemente las arcas públicas de los recursos naturales
- Impuestos indirectos
- Baja aceptación social de la tributación
- Si bien es cierto, el Tratado de Libre Comercio en el norte y MERCOSUR en el sur han constituido áreas económicas crecientemente integradas que amplían mercados y contribuyen a mejorar la competitividad, el punto débil de América Latina continúa siendo su débil inserción en el modelo de producción informacional, debido a la falta de flexibilidad organizativa de las empresas y a la baja capacidad tecnológica de la mayoría de sus sectores de actividad tanto en generación como en uso de nuevas tecnologías. (Castells, 2003)

Además de esta dependencia tecnológica que resalta en América Latina, los índices de desempleo, pobreza y desigualdad varían; pero con excepción de Chile, han aumentado en el conjunto de América Latina a lo largo de la década, igualmente Castells, observa una distancia creciente entre el sector moderno globalizado de la economía y el sector informal y de economía de supervivencia en el que trabaja la mayoría de la población.

Touraine opina además que el obstáculo más fuerte a la modernización de América Latina no es ni la falta de recursos ni una coyuntura desfavorable sino la incapacidad política de combinar inversión y redistribución, eficiencia, equidad, incapacidad que proviene históricamente de la debilidad de un Estado dominado por intereses oligárquicos o subordinado a una dominación extranjera. (Touraine, 1993)

De lo anterior, se podría inducir que el principal reto y desafío de América Latina en el contexto de globalización son las desigualdades y las brechas, las cuales se han profundizado

por las tendencias negativas de la globalización (concentración de la riqueza y dominio centralizado). Igualmente como opina también Touraine, una apertura democrática es una condición indispensable del desarrollo y debe ser la meta central de los actores políticos para alcanzar las líneas de acción señaladas por el Programa de las Naciones Unidas y que se citan a continuación: (Touraine, 1993)

- Brechas en el logro del desarrollo humano entre los países de la región.
- Brechas territoriales en todos los países, donde las zonas rurales y fronterizas son de baja productividad y es donde se concentra la pobreza estructural más extrema.
- La desigualdad de la estructura social: brechas entre ricos y pobres, entre blancos y negros e indígenas, entre géneros, entre beneficiarios de servicios y excluidos.
- Brechas en el desempeño económico, políticas y marcos jurídicos entre países.
- Las desigualdades generadas por la guerra y los desastres naturales.
- La desarticulación física y cultural entre la zona atlántica y la del pacífico.
- La fragilidad y vulnerabilidad social y ambiental de las sociedades centroamericanas. Una gran biodiversidad y riqueza natural amenazada por la pobreza, la ignorancia, la deforestación y la explotación irracional.

En resumen, el ensanchamiento de la desigualdad y las brechas sociales, agravadas por las crisis económicas, la corrupción, los intereses particulares, los regímenes autoritarios, la ingobernabilidad, el rezago tecnológico y el débil capital humano de la región constituyen obstáculos para el alcance de las condiciones necesarias para aprovechar los frutos de la globalización en América Latina.

En el actual contexto de la globalización, los Estados Latinoamericanos deben fomentar una serie de políticas intervencionistas, como el apoyo a la investigación y el desarrollo, la provisión de información y la coordinación activa con los sectores productivos, la promoción de acercamiento entre empresas, expandir la educación técnica, mejorar el acceso a las telecomunicaciones, atraer empresas multinacionales específicas, lograr consensos con el Sector Privado así como fortalecer los mecanismos democráticos fundamentados en la garantía universal de los derechos sociales. Es decir, sin el

establecimiento de un modelo de desarrollo equitativo con políticas públicas y programas concretos como los señalados, el crecimiento económico no será sostenido sino que seguirá favoreciendo a la desigualdad y pobreza. En este contexto vale analizar más la fuerza privatizadora que se ha generado en la región con una magnitud exagerada dado la importancia que se le ha dado en los últimos años como fórmula de crecimiento económico.

### **1.5. La privatización en América Latina**

#### *Antecedentes y características del proceso de privatización en la región*

Según los estudios recopilados, existen tres formas distintas de proceder a la privatización de un servicio: 1) transfiriendo directamente la producción al sector privado, 2) estimulando el cambio del consumidor, o 3) regulando la responsabilidad privada en el campo antes cubierto por el sector público.

Como se ha reiterado, las crisis económicas y sociales son constantes en América Latina y sus costos para enfrentarla han sido altos y en cada país el Estado ha tenido que adaptarse, modificarse o transformarse en distintas formas para continuar con los esfuerzos de construir el crecimiento y desarrollo económico. Parte de estas nuevas formas, son los procesos de privatización impulsados inicialmente por el Consenso de Washington y que fueron implementados conjuntamente con las otras políticas del Consenso, mediante los Programas de Ajuste Estructural.

En América Latina, la privatización se comenzó a desarrollar dentro del marco de las políticas que se denominaron " Programas de ajuste estructural ", en las que sobresalieron la venta de empresas pertenecientes al Estado y la privatización de bienes y servicios que estaban también a cargo del Estado. En el impulso de la privatización, donde los organismos internacionales jugaron un papel relevante, se dieron también los siguientes aspectos en la región que vale resumir:

- Se partía del supuesto, de que la propiedad privada es siempre más eficaz que la propiedad pública, principalmente por la diferencia entre ambas en la estructura e incentivos.

- Se amplía la justificación neoliberal de asegurar la óptima eficiencia en los recursos, justificando además que las intervenciones particulares del Estado impiden la iniciativa personal y libertad individual.
- Se consideraba la propiedad estatal por medio de la prestación gubernamental de servicios como una práctica de los poderes coercitivos del Gobierno, relacionándolo de hecho con el Totalitarismo, puesto que según los neoliberales, la propiedad estatal generaba privilegios concedidos a grupos particulares, tales como sindicatos y proveedores.

El mejoramiento de la situación fiscal, dada la crisis de la deuda que golpeó fuertemente a América Latina en los 80s, reflejado en el recorte y reestructuración del gasto público.

La privatización en América Latina ha sido considerada la pieza central de las políticas de reforma económica de corte neoliberal, camino distinto al tomado por los países desarrollados en especial los de Europa. Esto se puede observar del informe de 1997 del Banco Mundial, titulado " El Estado en un mundo de transformación " , el cual cita que los 35 años transcurridos de 1960 a 1995 el tamaño del sector público en los países desarrollados se incrementó dos veces. Por lo tanto no hay una clara tendencia a la disminución del sector público en particular en varios países de Europa. En este estudio, resalta como el peso sumamente alto del sistema de seguridad social, que para algunos ya es un tema imposible de seguir sosteniéndose. (Mundial, 1993)

Sin embargo, estas estadísticas, no revelan el mismo comportamiento para el caso de América Latina, donde la reducción del sector público es más significativa, pues de representar el gasto público un poco más del 25% del PIB en el periodo de 1980 a 1984, se reduce para los años 1990 a 1994 a cerca del 22%.

Esta preocupación por el déficit presupuestario dominó la década 1980-1990, incluso principios del año 2000, situación que también se originaba desde los principios de los años ochenta con el hecho de la deuda externa cuya gravitación superaba toda posibilidad de control en los países de la región latinoamericana.

Producto de ese difícil contexto deficitario que manifestaban los Estados Latinoamericanos, el Banco Mundial propuso como máxima prioridad, el desarrollo de la privatización señalando que bien realizado este proceso se produciría grandes beneficios económicos y fiscales.

La privatización de las empresas públicas era una tarea insoslayable, que podía ayudar a aliviar las presiones sobre el presupuesto público y alcanzar el equilibrio presupuestario

Sea cual sea la óptica con que se miren los procesos de privatización en la región latinoamericana, lo cierto es que su éxito se difundió más amplia y rápidamente que en casi todo el resto del mundo, cuya fuerza acelerada hace que se denomine a América Latina, como el laboratorio neoliberal, dado los siguientes hechos y características del procesos:

- La aceleración y profundización de las privatizaciones era uno de los requisitos o condicionantes para recibir los recursos de los organismos que constituyen el Consenso de Washington, de hecho señala que en la modificación de la estructura del gasto público que el Consenso recomienda: "privatizar es una necesidad que no admite exclusiones".
- De 1986 a 1996, se registra que 396 empresas latinoamericanas que eran del Estado fueron vendidas o transferidas al sector privado, correspondiendo al 55% del valor total de las privatizaciones de los países en vías de desarrollo. (Benedicte, 2008)
- Según el Banco Mundial ese año, los ingresos por privatizaciones en la región representaban el 77% de todo el mundo en desarrollo. Estos ingresos se concentraban en tres economías, México, Argentina y Brasil, países que de 1990-1996 concentraron el 82% del total de ingresos por privatizaciones. También destacaba Venezuela sin embargo el programa de privatizaciones en este país no continúa desarrollándose en los años siguientes. También en 1996 destacan Perú y Venezuela.
- En el caso de las privatizaciones, durante 1998 se registró un nivel calificado de sin precedentes, que incluyó a las economías más pequeñas, como las de

Centroamérica, y actividades como los propios correos, según estudios de la CEPAL.

- El Banco Interamericano del Desarrollo (BID) afirmaba en 1996 que " América Latina ha sido líder en el esfuerzo de privatización en el mundo en desarrollo...". En los años 1997-1998 las privatizaciones realizadas en la región latinoamericana representan el 17% y el 29% del total, respectivamente.

Conforme transcurren los años noventa las privatizaciones se van ampliando a las más diversas actividades que antes estaban en manos de los Estados, iniciando por aquellas más económicas hasta ir creando fondos privados para administrar las pensiones de los ciudadanos, hasta la concesión al sector privado de ciertos servicios de salud y educación.

Según los estudios, el tiempo en que las reformas de privatización se aplican o ejecutan de país en país varía de manera significativa, por ejemplo Chile comenzó tempranamente (1973) mientras que en Brasil y otros países de la región, iniciaban los programas de privatización a partir de 1997.

La forma, el ritmo y el nivel de compromiso de los procesos de privatización en América Latina, varían de país en país, siendo por lo tanto distintas las fuerzas y los factores, externos e internos, que han afectado cada esfuerzo de las naciones de privatizar sus empresas estatales.

Las políticas orientadas hacia el mercado, como son los programas de privatización, eran implementadas tanto por las democracias como por los regímenes autoritarios, la diferencia podría haber estado en la rapidez y profundidad que en cada país tomó llevar a cabo los procesos privatizadores. (Benedicte, 2008)

En resumen, los motivos por el cual América Latina lleva a cabo un proceso de privatización sin precedentes en relación con el resto del mundo, se fundamentó que promovería el desarrollo y el aumento de la equidad, tanto en el ingreso como en el acceso a los recursos. Y otras posiciones se dirigen más bien al accionar del Estado, donde se sostiene que la verdadera fiebre privatizadora que se registra en América Latina se afianza tanto en el fracaso de las políticas de intervencionismo estatal y de la industrialización sustitutiva como en el estancamiento de la mayoría de los países latinoamericanos y los graves déficits

presupuestarios que afectan a sus gobiernos. Su impacto más importante de la privatización es que este proceso de largo plazo ha obtenido credibilidad como política de reforma económica y ha tenido una señal positiva para las empresas privadas y extranjeras.

### *Contexto actual de la privatización en América Latina*

Aunque para fines de la década de los noventa era demasiado rápido valorar el aporte significativo de la privatización al desarrollo económico y social de América Latina, resalta para esa época el Informe del BID de 1996 que destacaba los siguientes hechos sobre el curso posible en el futuro de las privatizaciones en la región: (BID, 1996)

Existe un gran potencial para futuras privatizaciones

De las grandes economías, en Brasil aún restan muchas empresas que deben ser privatizadas

La industria de generación y distribución de electricidad ha sido uno de los principales medios para obtener ingresos resultados de las privatizaciones durante los años noventa; sin embargo, aún resta por privatizar un amplio sector de esta industria en el conjunto del subcontinente.

Actualmente, en el contexto de globalización, se sugiere que el análisis de los resultados obtenidos en los procesos de privatización, y en el proceso en sí, vaya más allá de una propuesta originada únicamente en el Consenso de Washington. Es decir, el análisis de la privatización, en este nuevo contexto, debe darse en la relación del Estado con las élites locales del sector privado, o sea que este proceso no puede entenderse ni como un resultado natural de una respuesta racional de los Gobiernos a los desarrollos tecnológicos y los avanzados conocimientos sobre cómo producir bienes y servicios con la mayor eficacia, ni como un resultado de la presión de los organismos internacionales, como se ha señalado de que dicha fuerza se promueve en América Latina a través del Consenso de Washington. (Benedicte, 2008)

### *Privatización y regulación*

Desde esas posiciones, se han favorecido la continuidad y fortalecimiento de las reformas privatizadoras, originándose a partir de la década de los 90s, la creación y desarrollo

de marcos regulatorios mediante agencias que contaran con la autonomía formal y real de los partidos políticos y de las empresas privadas. Para algunos, esta cuestión favorece también el nacimiento de los Estados Reguladores en la región, dada la proliferación de agencias reguladoras que surgieron como parte de la privatización en América Latina.

La autonomía de estas agencias, se consideraba necesaria para asegurar la transparencia de sus decisiones en torno a la regulación del sector privado que absorbía funciones de carácter público o de interés general pero a la vez, estas agencias, debían favorecer la competitividad y transparencia de las iniciativas de privatización.

Esta regulación, según también manifiesta Birch, surge para asegurar los resultados eficientes pero a la vez comprendiendo que la privatización por sí misma puede crear una exacerbada desigualdad económica. De ahí que la privatización debe ser acompañada por reformas fiscales y regulatorias.

Ahora bien, en el contexto de globalización, donde se refuerza de manera significativa la competencia entre empresas nacionales e internacionales, que han ido ganando terreno en el suministro de servicios típicos de bienestar, como son la educación y la salud, hace que la regulación se constituya en una función primordial de los Estados Latinoamericanos, función que se dirija a garantizar las ventajas que se señalan a favor de la privatización y por otro lado, como bien concluye Stiglitz que permita mantener las estructuras adecuadas de la legislación, en temas como la privatización de la seguridad social, que permita que todos tengan la oportunidad de salir y acceder a la salud y a la educación. (Stiglitz, 2000)

Sin embargo para esta investigación, la regulación no debe entenderse como el desmantelamiento del Estado de Bienestar, sino que ante la privatización de numerosas empresas públicas y la liberalización de los mercados, a partir de 1990 se gesta una gran prominencia la utilización de instrumentos de regulación económica y social como fórmula primordial de intervención pública y evitando al mismo tiempo la acción directa del Estado en la implementación de servicios públicos. (Jordana, 2005)

Estos instrumentos por lo tanto persiguen controlar a los mercados y fomentar su eficiencia pero también con ello asegurar el bienestar de los individuos.

## 1.6. Crisis del Estado de Bienestar.

A partir de la década de 1980 y con mayor fuerza a partir de la globalización, se ha iniciado el debate sobre el cuestionamiento de la efectividad de los Estados de Bienestar en la solución del problema de desempleo, el déficit fiscal, entre otros males que lo acusan. En este debate, Muñoz de Bustillo, previene a entender primero las causas que motivaron el nacimiento de esta modalidad de Estado para luego comprender mejor el porqué de su crisis y que se señalan a continuación.

Aspectos que propiciaron la aparición y consolidación de los Estados de Bienestar: (Muñoz de Bustillo 2000)

### *a.) La ruptura con el pasado*

Cuando un cambio de sistema destruye las redes de seguridad existentes en el pasado, aumente la vulnerabilidad económica de los individuos, o ponga de manifiesto la existencia de diferencias crecientes en el acceso a los frutos del crecimiento económico, mayor será también, tanto la necesidad objetiva de mecanismos alternativos de protección, como las demandas populares y políticas en su favor. Tal fue lo ocurrido con la Revolución Industrial en el siglo XIX.

Esa conjugación de aumento de las demandas de seguridad y destrucción de los sistemas de protección preindustriales sería así uno de los factores que explicaría la necesidad objetiva, o funcional si se prefieren, del Estado de Bienestar. Es decir, la aparición de demandas de seguridad y protección social, por un lado, van a fomentar la aparición de instituciones sociales, como lo sindicatos, y movimientos ciudadanos liberales, que con el tiempo se convertirán en protagonistas de la construcción del Estado de Bienestar.

### *b.) La aparición de alternativas*

Con el paso del tiempo aumenta la militancia sindical, apareciendo lo que se pasará a conocer como "nuevo sindicalismo", con un énfasis en la generalización y apertura de los sindicatos hacia todos los colectivos de trabajadores. Aumento en afiliación que va acompañado de un aumento en su capacidad para influir sobre el desarrollo de los acontecimientos políticos, y de la aparición de una "conciencia de clase" que en palabras de

Chamberlain (1906) se manifiesta en " el convencimiento, nacido por primera vez en las clases trabajadoras, de que su salvación social está en sus propias manos "

Paralelamente, se produce una creciente implicación del gobierno en los asuntos laborales, consciente de que los conflictos laborales tenían impactos negativos más allá de los sectores en los que se desarrollaban, y afectaban a la eficiencia nacional, y concedores del impacto que la posición de los sindicatos podría tener en los resultados electorales.

La democracia, movimientos sociales reivindicativos y aparición de alternativas serían fenómenos que se reforzarían mutuamente y ayudarían a explicar la construcción del Estado de Bienestar. Así, las actividades desarrolladas por el Estado de Bienestar, actuaban como factor de legitimación de un sistema, el capitalista, que se había mostrado incapaz, en sus versiones más puras, de conculcar el desempleo y la pobreza y asegurar un nivel de vida digno para toda la población.

#### *c.) El elemento ideológico*

En definitiva, la orientación ideológica se deja sentir, en el perfil concreto que adopta cada modalidad de Estado de Bienestar, en cada momento del tiempo, pero no en el cuestionamiento de su necesidad y/o conveniencia con uno u otro perfil.

#### *d.) De la conjetura de la mano invisible a la teoría general*

En la Riqueza de las Naciones, Smith señala en qué aspectos de la vida económica está justificada la intervención del Estado, y que se convertirá en " la guía " de actuación ortodoxa de la Hacienda Pública hasta mediados del siglo XX. Las tareas encomendadas al Estado eran, en concreto: defensa, justicia, gastos de mantenimiento de la dignidad del soberano y gastos de obras e instituciones públicas, definidas como aquellas que, siendo beneficiosas para la actividad económica de la comunidad no se acometería por la actividad privada al ser difícil recolectar privadamente los beneficios por ellas generados.

Sin embargo, en la publicación de 1936, de la Teoría general sobre la ocupación, el interés y el dinero de John Maynard Keynes ofrece una interpretación alternativa del funcionamiento de la economía en la que el desempleo, lejos de ser un hecho insólito en el funcionamiento de las economías capitalistas, vinculado a la existencia de rigidez en uno u otro mercado, pasa a ser una característica consustancial al mismo. De este modelo, Keynes

ofrece una justificación teórica para respaldar determinadas medidas de lucha contra el desempleo, mediante la generación directa de demanda efectiva por parte del sector público.

De ahí, que muchos autores aseguren que todos los Estados de Bienestar son keynesianos, en el sentido de que esta interpretación del funcionamiento de las economías de mercado sería la que contribuye a su conformación. Por eso si se comparan las sociedades desarrolladas de economía de mercado en este final de siglo con sus homólogas de finales del XIX, una de las diferencias más destacables, sería la fuerte presencia del sector público en la gestión de la economía en general, y en la cobertura de las necesidades básicas de la población en particular a través de los gastos sociales: sanidad, pensiones, garantía de rentas, vivienda y educación principalmente.

Sin embargo, en la actualidad y en el contexto de globalización, no sólo se ha empezado a cuestionar la sostenibilidad de los Estados de Bienestar, sino también se le atribuye ser la fuente de muchos de los males que aquejan a las sociedades desarrolladas de mercado.

Las críticas más comunes a las que se enfrentan los Estados de Bienestar en este fin de siglo. Muñoz de Bustillo expone una serie de elementos que constituyen las principales críticas y que a continuación se resumen: (Muñoz de Bustillo, 2000)

*e) El fin del consenso keynesiano*

Al examinar el papel de la "revolución" keynesiana en la consolidación del Estado de Bienestar, concluimos que ésta, con el cambio de la interpretación del funcionamiento de la economía de mercado, y la justificación (llena de intencionalidad política) de la intervención pública para garantizar la consecución del pleno empleo, era uno de los pilares de la construcción del Estado de Bienestar. No es así de extrañar que el renacimiento de la economía neoclásica, que se produce desde mediados de la década de los setenta bajo el nombre de "nueva economía clásica" y que culmine con la declaración solemne de la defunción de la economía keynesiana, afecte también al respaldo teórico de las intervenciones del Estado de Bienestar. Abogando por la vuelta a un Estado residual que permita la libre actuación del mercado en el mayor número posible de campos de la actividad humana y de que se ha producido un cambio en el discurso económico (en contra del intervencionismo keynesiano) que poco a poco se va traduciendo en medidas concretas de reducción del gasto.

*f) Los efectos perversos de la política social y su financiación*

La tesis de la perversidad, por utilizar la terminología propuesta por Hirschman (1991) postula que, independientemente de las loables intenciones existentes detrás de la puesta en marcha de determinado programa de política social, éste, en última instancia, lejos de resolver el problema que intenta solucionar, acabará generando un empeoramiento del mismo, ya que alterará los incentivos de los individuos para intentar resolver por sus propios medios los problemas que dan lugar a la intervención pública, perpetuando por lo tanto su dependencia de los programas públicos.

Mientras que en Gran Bretaña, se endurece las condiciones para el mantenimiento del subsidio de desempleo a los parados, mediante una política de transformación de los programas de asistencia social en programas de empleo, el paso del welfare al *workfare*, es un intento de eliminar los pretendidos efectos perversos del primero sobre el trabajo.

*g) Los fallos del Estado*

En el estudio de la actividad del Estado, tradicionalmente se asumía que el administrador público se comportaba como un sujeto racional que intentaba en todo momento maximizar el bienestar de la colectividad, esto es, que hacía suya la hipotética función de bienestar social. De forma que, en presencia de problemas no resueltos por el mercado, se consideraba que siempre que fuera posible su corrección por parte del sector público bastaba con que éste interviniera para que automáticamente se adoptaran las medidas más adecuadas para su solución.

Otros autores con aportaciones más radicales, concluían que los administradores públicos intentarán, con sus acciones maximizar su utilidad personal. De forma que basta con suponer que su función de bienestar individual es distinta a la función de bienestar social, para concluir que su comportamiento diferirá de aquél que conduciría a la maximización del bienestar común. Todas las preocupaciones de los burócratas (paga, bonificación, reputación, poder, influencias, etc.) están de una u otra forma relacionadas con el tamaño del presupuesto, con lo que la maximización de su utilidad pasaría por la maximización del presupuesto, algo que explicaría *per se* la tendencia al crecimiento del sector público.

*h) El cambio demográfico: envejecimiento y cambio en los patrones familiares*

Los cambios en la pirámide demográfica tienen efectos directos sobre el gasto público por dos vías distintas. Por un lado aumenta la demanda, y *ceteris paribus*, el gasto, en sanidad y atención social, y por otro aumenta el gasto en pensiones. Un comportamiento que obedecería a que el crecimiento de la esperanza de vida habría ido acompañado en los países desarrollados por un aumento de la calidad de vida de la población de mayor edad.

En definitiva, el problema de cómo mantener a los ancianos, cuando éstos dejan la vida laboral activa no es algo exclusivo de las sociedades desarrolladas actuales, habiendo estado presente a lo largo de toda la historia. De este modo, todas las sociedades en todas las épocas han tenido que hacer frente al problema del mantenimiento de los inactivos por vejez, una responsabilidad que, contra lo normalmente asumido, no ha estado siempre ligada al ámbito de la familia.

En lo que se refiere a la familia, en los países desarrollados se ha detectado un aumento de las personas que viven solas, junto con un aumento de las familias mono parentales, así como un aumento de las unidades de convivencia otrora consideradas como atípicas. La creciente diversificación de las estructuras familiares, fruto del aumento del divorcio, la monogamia consecutiva, las uniones de hecho, el absentismo paternal, etc., puede afectar al Estado de Bienestar, en la medida en que éste fue diseñado para funcionar en sociedades con un modelo de estructura familiar tradicional que garantizaba una mayor estabilidad a los individuos.

*i) Globalización de la economía*

El aumento de la importancia de las relaciones económicas internacionales de las naciones es el elemento más común del debate económico a finales de siglo. Según la visión que subyace a la idea de la globalización, la mejora de los transportes y las comunicaciones junto con la reducción de la protección arancelaria y la liberalización de los movimientos de mercancías y capitales habrían alterado de forma radical el funcionamiento de las economías nacionales. Sin embargo, cuando este proceso de profundización de las relaciones económicas internacionales se observa desde una perspectiva histórica más amplia, se puede comprobar que estos niveles de apertura no son muy distintos a los que existían a finales del siglo XVIII.

Fundamentalmente, el cambio está en el aumento del peso del comercio de servicios (alrededor de un tercio del comercio mundial en la actualidad), la significativa menor concentración de los flujos financieros (antes dirigidos fundamentalmente a gobiernos y ferrocarril), el aumento de los movimientos de capital a corto plazo, prácticamente inexistentes el siglo pasado, y la desaparición de los grandes movimientos migratorios.

De este modo, la novedad no estaría tanto en la globalización de la economía *per se*, sino en el diferente contexto institucional en el que se produce ésta a finales de siglo con respecto al vigente a principios de siglo. Una diferencia que, a grandes rasgos, se reflejaría en el distinto peso del Estado en la economía, 8.3% del PIB en 1870 y 9.1% en 1913 frente a 46.2% en 1996, que a su vez escondería dos tipos muy distintos de estado: el Estado liberal mínimo y el Estado de Bienestar (con distintos perfiles).

*j) Cambio en el funcionamiento del mercado de trabajo*

La construcción del Estado de Bienestar está asociada por dos vías distintas al pleno empleo. Por un lado, cuanto mayor sea la tasa de empleo menores serán los gastos asociados a los programas tanto activos como pasivos del mercado de trabajo (fundamentalmente subsidio de desempleo), y mayores los ingresos del sector público. Por otro, el Estado de Bienestar, es una de las vías, aunque por supuesto no la única, de poner en marcha programas keynesianos de lucha contra el desempleo. De ahí que el creciente desempleo existente en los países desarrollados (especialmente los europeos) repercuta doblemente en el Estados de Bienestar: en primer lugar, al provocar mayores gastos en una época de menores ingresos, y en segundo lugar porque pondría de manifiesto su fracaso en garantizar el funcionamiento de una de la principales vías hacia el bienestar, la existencia de suficientes puestos de trabajo para la población activa.

De acuerdo con esta relación, el mantenimiento del bienestar, en presencia de una reducción de la tasa de empleo, exigiría un aumento de los gastos sociales. De forma que si existe un umbral de gasto no superable por razones presupuestarias o por opción política, inevitablemente el desempleo afectará negativamente al bienestar.

*k) Debilitación del efecto de legitimación y pérdida de lealtad*

El propio éxito de la combinación economía de mercado y Estado de Bienestar, materializado en un continuo crecimiento económico y ausencia de conflictividad social, acompañado por el proceso de aumento de las desigualdades de renta que han tenido lugar en muchos países desarrollados desde comienzos de la década de los ochenta, podría, en último lugar, haber sentado las bases de un proceso de pérdida de lealtad de los ciudadanos con respecto al Estado de Bienestar.

Entre las explicaciones del éxito del Estado de Bienestar, es lugar común señalar que, en sus orígenes, estaba diseñado como una institución de suma positiva, es decir, todos los segmentos de la sociedad se beneficiaban directa o indirectamente de él. Las clases medias porque la universalidad de sus programas más populares, salud y pensiones, garantizaba la protección frente a la enfermedad. A la vez que la suave progresividad de los sistemas fiscales acompañantes no afectaba de forma determinante a sus posibilidades de consumo individual. Las clases menos favorecidas por poder contar, por primera vez en la historia, con acceso a servicios sociales no estigmatizantes. Y las clases más adineradas por contar con un mecanismo que garantizaba la legitimidad del sistema de mercado, conculcando las tentaciones revolucionarias, con un coste claramente asumible.

Sin embargo, en las dos últimas décadas se han producido dos acontecimientos importantes que habrían podido alterar (o al menos cambiar la tendencia) de esa lealtad global al Estado de Bienestar. Por un lado, el hundimiento de las economías socialistas ha convertido la economía de mercado en un virtual "monopolio social", que ahora se consideraría legitimado por la historia.

Por otro, el aumento de las desigualdades salariales y el impacto regresivo de algunas políticas económicas neoliberales habrían puesto en marcha, en muchos países, un proceso de aumento de la desigualdad de la renta, de dualización social, que a su vez habría afectado esa lealtad de las clases medias. Así, ese continuo crecimiento de la renta permitiría a muchos colectivos protegerse de forma privada frente a contingencias como la vejez o la enfermedad que antes quedaban fuera de su capacidad adquisitiva. Por otro lado, el deterioro, al menos relativo de las expectativas de la gente, de muchos servicios públicos incentivaría cada vez más a ciudadanos, que ahora se lo pueden permitir a buscar cobertura privada de tales contingencias.

Sumado los dos efectos nos encontramos con que una parte creciente de la sociedad, aunque no necesariamente mayoritaria, estaría en posición de cubrir esas necesidades privadamente, o las estaría cubriendo ya, mientras que, simultáneamente, estaría contribuyendo a la financiación de unos servicios sociales que ya no considera necesarios para su bienestar director.

Otro, acontecimiento, ha sido una política de reducción del poder de los grupos pro Estados de Bienestar como los sindicatos. Dicho esto, señala que cabe preguntarse si la correlación de fuerzas existentes en la actualidad entre los defensores de uno u otro modelo de economía de mercado es favorable a la opción más social –intervencionista o a la opción liberal.

La pobreza y la exclusión forman parte de las dudas acerca de la efectividad del Estado de bienestar en los países desarrollados.

En la discusión de estos factores de crisis, algunos autores, como Mishra, concluyen que mucho de lo que está ocurriendo a estos Estados de Bienestar tiene que ver con la interconexión entre una economía de mercado globalizada y la herencia institucional e ideológica del pasado, aunque mediatizada por los distintos regímenes políticos. Es decir, mientras se siga dando la ampliación del libre comercio, las presiones por aumentar la “flexibilidad” de los mercados laborales y una política monetaria más estricta, se mantendrá la tendencia hacia una mayor desigualdad salarial y de ingresos. (Mishra 1990)

Sin embargo, desde la concepción de los estados de bienestar se ha argumentado su crisis, con la diferencia, según Esping-Andersen, que lo nuevo de hoy es que las raíces de la crisis se originan de tres elementos exógenos que emanan de la transformación económica y social: (Andersen, 2002)

- El primer elemento que cita y que considerablemente es la de mayor peso, es el impacto de la acelerada internacionalización de la economía. Esta internacionalización incluye tres componentes, cada uno con sus distintos efectos: la movilización del capital puede fijar un precio más barato del empleo por lo que las empresas podrán presionar sobre los gobiernos para reducir los impuestos y evitar así la competencia desleal.

- El segundo elemento exógeno proviene del envejecimiento de la población. La mayoría de los pronósticos señalan que el costo de las personas como porcentaje del GDP será el doble en el 2040, principalmente por el rápido deterioro del ratio de contribuidores. Este envejecimiento de la población hace que el número de beneficiarios se expanda sin correlación con las contribuciones. El envejecimiento también aumenta los cuidados de esta población.
- El tercer elemento proviene del cambio en las composiciones tradicionales de la familia así como los nuevos roles de la mujer en la economía. Esping argumenta que estas nuevas formas de familia, especialmente la mono parental, son frecuentemente más vulnerables a la pobreza. El alto costo de mantener una familia con hijos refleja la baja fertilidad.

Desde la teoría de las políticas públicas, algunos autores estudiosos del "Welfare State" consideran que desde la dimensión político-ideológica, la democracia no es posible sino en el seno de un sistema competitivo fundado en la libre disposición de la propiedad en el mercado, corriente de la economía liberal, que señala que el mercado no es perfecto, pero que las políticas públicas son de mayor imperfección, asimismo desde la dimensión económica, otros denuncian los costos astronómicos del "Welfare State" versus modestas ventajas y desde la dimensión gerencial, señalan que la sobrecarga de la máquina estatal que se refleja en: a) Crecimiento de los gastos, b) Multiplicidad de las políticas, c) Mantenimiento de las políticas, d) Políticas demasiado ambiciosas y e) Incapacidad del Estado para conciliar demandas contradictorias.

Para concluir sobre la crisis o retos que enfrenta el Estado de Bienestar, llama la atención lo que concluye Muñoz de Bustillo, al decir que la crisis del Estado de Bienestar nunca parece llegar a alcanzar un momento realmente crítico y con cierta seguridad, es previsible que el desmantelamiento de otras funciones del Estado de Bienestar tampoco sea un asunto tan simple como se vende políticamente.

En el marco de este contexto de globalización y de crisis y transformación del Estado de Bienestar, surge la inquietud de cómo hacer más efectivas las políticas para realmente resolver los problemas sociales que se han intensificado y que demandan de mayor

información y un análisis más cuidadoso de las políticas públicas. Resalta hoy en día también el control popular sobre estas políticas que demandan con mayor presión que tiempo atrás.

El conflicto entre la razón, el análisis y la ciencia de un lado y la política y la democracia por otro lado, permanecen. Hasta ahora en la historia, una economía de mercado de empresa privada, parece ser requisito para la democracia, explicado esto, entre la asociación entre la democracia y ciertas formas de libertad. De esta asociación resultarán consecuencias para el proceso de las políticas públicas. ( Lindblom, 1991)

## II. MARCO TEÓRICO

### 2. Políticas Públicas y Neoinstitucionalismo.

#### **2.1. Políticas públicas.**

Definiciones.

Sin duda, el libro de Meny y Thoening, denominado " Las Políticas Públicas ", seguirá siendo el mejor referente teórico y empírico en esta materia donde los autores dejan claro que el estudio de las políticas públicas, no es otra cosa que el estudio de la acción de las autoridades públicas en el seno de la sociedad.

El arte de proponer buenas preguntas para verificar su pertinencia, confrontándolas con los hechos y con una explicación, caracteriza al enfoque de las políticas públicas, el cual nos brinda el conocimiento sobre qué tipos de Estado se trata y su evolución mediante el análisis de las causas de la intervención pública en el seno de las sociedades así como la eficacia de las herramientas de las que se vale el Estado para realizar esas intervenciones. Es aquí donde se define el campo de las políticas públicas y para lo cual su método principal de estudio, trata de descomponer la compleja esfera de la acción pública en actividades muy distintas, analíticamente separables que permitan comparar diversas situaciones entre ellas. (Meny & Jean-Claude, 1992)

Esta descomposición se puede realizar por:

- Sector
- Tipo de autoridades públicas
- Por épocas

Si consideramos los factores económicos y políticos determinantes, la política pública se considera en este paradigma como la variable dependiente. Sin embargo, las políticas públicas también permiten dirigir a una nueva mirada sobre los métodos e instrumentos del Estado, sobre los cambios que se producen en sus estructuras y sus concepciones.

Las políticas públicas traducen las capacidades de los poderes públicos para actuar, cambiar y adaptarse por eso es relevante que en el análisis de las políticas públicas identificar a los actores esenciales por ejemplo sindicatos, grupos de presión, agentes locales o internacionales.

La política pública se define como el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental. Una política pública se compone de " todo aquello que los actores gubernamentales deciden hacer o no hacer ". (Meny & Jean-Claude, 1992)

La política se considera también el curso de acción que involucra todo un conjunto complejo de decisiones y operadores, más que una decisión singular, suprema e instantánea. Esta acción es desarrollada por varios actores gubernamentales y otros poderes estatales. (Aguilar, 1992)

Desde el análisis de la democracia, Subirats, señala que a medida que la democracia se ha ido consolidando, se ha hecho más complejo su funcionamiento, apareciendo más actores, grupos y colectivos que reclaman su parte en los mecanismos de decisión y en los resultados de la acción de los poderes públicos. (Subirats, 1994)

Lindblom, señala que cuando hablamos de Política Pública, nos estamos refiriendo a " procesos", " decisiones" " resultados". (Lndblom, 1991)

Entonces, toda política pública es algo más que una decisión, normalmente, implica una serie de decisiones y aunque en la mayoría de las veces el proceso no sea tan racional, toda política pública comportará una serie de decisiones más o menos relacionadas. (Subirats, 1994)

Cada política pública, contiene una serie de objetivos que se plantean desde el principio, aunque durante su implementación o mismo desarrollo, estos objetivos pueden ser modificados.

## **2.2. Clasificación de las políticas: (Lowi, 1964)**

- Regulatorias: Se formulan en una arena de conflictos y negociación entre grupos de poder

- Redistributiva: Se dan en una arena más tensa y frontalmente conflictiva, los liderazgos tienden a ser permanentes y cuentan con asociaciones civiles y políticas poderosas a la defensa de sus intereses vitales. En este campo, las teorías de élites y clases alcanzan su más confiable nivel explicativo.
- Distributivas. Se desarrollan en una arena relativamente pacífica.

Cada arena, tiene a desarrollar su propia estructura política, su proceso político, sus élites y sus relaciones de grupo. Lindblom, señala, que las políticas públicas se interesan indefinidamente en los impuestos, seguridad social, defensa nacional, supone que estos problemas nunca se desvanecen y se mantienen por sí mismos listos para ofrecer resultados una y otra vez.

- Políticas públicas y Teoría del "Public Choice":

El análisis de las políticas públicas la efectúan los expertos para ayudar en la toma de decisiones, quienes consideran a las políticas públicas de la siguiente forma:

- Están determinadas en su forma y contenido por las instituciones, actores políticos, la actitud de los gobiernos y gobernados.
- La política pública es una variable independiente que influye en el contenido y las formas de la política (decisiones, debates, discursos ideológicos)

Dentro de este enfoque, la Teoría del "Public Choice" resume tres fundamentos principales: Los individuos se comportan y toman sus decisiones de manera racional conforme sus intereses personales, teniendo en cuenta que la diferencia entre los bienes privados y los bienes públicos, radica en que los bienes privados son medibles, vendibles y se producen en cantidades determinadas por la oferta y la demanda, mientras que los bienes públicos son indivisibles, es decir, están disponibles para todos con la cuestión fundamental de ser limitados.

Ostrom, concluye que la preocupación de la Teoría del Public Choice, no es el mercado sino los modos de decisión pública: en consecuencia las elecciones colectivas en medio de los problemas que se han de solucionar y de los servicios que deben pactarse. (Ostrom, 1972)

Algunos autores, consideran que la Teoría del "Public Choice" tiene una obsesión por el mercado y que por ello terminan por destruir la legitimidad misma de la política pública.

### **2.3 Los actores y el sistema: reconstruir el rompecabezas. La escuela "public policy"**

La escuela "public policy", parte del supuesto pluralista, es decir, los procesos decisionales son más bien el resultado de interacciones múltiples en los que participan muchos actores (políticos electos, funcionarios de todos los niveles, partidos, grupos de interés, expertos, académicos, medios de comunicación) de manera simultánea. A esta escuela, interesan por tanto, los actores y sus características políticas y organizativas, en relación con la elaboración de la agenda de actuación, de los poderes públicos, en su influencia en la toma de decisiones, su participación en la implementación y en la evaluación de esas políticas. (Lindblom, 1991)

En el caso de las políticas públicas de salud, el problema es identificar esos grupos claves y aún más complicado descubrir la representación de los intereses que gravitan en torno a la sanidad. (Meny & Jean-Claude, 1992)

En estas teorías pluralistas, se reconoce a las organizaciones, el monopolio de representación a cambio del control del Estado sobre la selección de sus líderes y la articulación de sus demandas. El Estado, asegura jurídicamente un monopolio por medio de las organizaciones y estas garantizan que aplicarán las políticas públicas a las que se han adscrito.

No obstante, los procesos de interacción y de la puesta en marcha de las políticas públicas, son más complejas, sin embargo, la autoridad gubernamental es el actor central de las políticas, aunque no el único, por lo que se insiste en que el analista de políticas públicas debe identificar en algunas ocasiones, las relaciones de interdependencia.

Asimismo, la acción pública no se limita únicamente a los actores formales, es decir, a políticos y funcionarios, sino que se incorpora a otros actores cuyo comportamiento y presencia cuentan en la medida en que las realizaciones públicas se transforman en impactos sociales

Existen tres visiones que explican brevemente el proceso de surgimiento de las políticas públicas:

- El ascenso democrático representativo: Las necesidades de los habitantes, presionará sobre la autoridad pública competente para que intervenga.
- La tiranía de la oferta: Aquí son las autoridades públicas quienes modelan las necesidades, reflejan el deseo de las autoridades públicas de mantener su poder.
- La ilusión natalista: Las políticas públicas se alimentan en buena parte de si mismas, ya que en su fase de ejecución, pueden crearse otras políticas públicas para superar obstáculos.

#### **2.4. Análisis de políticas públicas**

Desde el punto de vista del análisis, una política se presenta, bajo la forma de un conjunto de prácticas y de normas que emanan de una o varios actores públicos.

Estas prácticas son concretamente:

- Formas de intervención
- Reglamentación
- Provisión de prestaciones
- Represión.

En la teoría de las políticas públicas se conoce como el "Policy Analysis", el cual consiste en identificar las consecuencias de todas las alternativas disponibles o consideradas así como describir la cadena de efectos previsibles, en el cual el "Policy design", es decir, el analista, no se contenta con observar, sino que el mismo formula las alternativas. (Meny & Jean-Claude, 1992)

El analista expresa sus preferencias por un resultado final esperado, analizará además otras variables u otros fenómenos como el político y los factores económicos, financieros, jurídicos y tecnológicos, por ejemplo, el cómo se aseguran los presupuestos públicos, cómo se aplica rigurosamente la normativa y las herramientas de intervención del Gobierno.

Pero ante todo el análisis debe tener su aspiración científica, en el cual, el epicentro del terreno del análisis surge de una autoridad o grupo de autoridades públicas (ministerios, organismos, entes territoriales) por lo cual debe el analista identificar al público, individuo, grupos o instituciones que componen el campo de la acción gubernamental. El analista debe saber que existe toda una gama de instituciones, organismos, estatutos y zonas grises, donde no está claramente lo público ni claramente lo privado.

Subirats, propone un esquema de análisis compuesto por: (Subirats, 1994)

- Percepción y definición del problema
- Intereses afectados
- Grado de organización
- Acceso a los canales representativos
- Consecución del tema en la agenda de actuación de los poderes públicos
- Formulación de una solución o de una acción de respuesta
- Establecimiento de objetivos y prioridades
- Soportes políticos, presupuestarios y administrativos de la solución

Linbom, resume que la elaboración de la política pública es inevitablemente limitada por lo que debe dejar espacio a la política en la medida en que: (Lndblom, 1991)

- 1) Puede fallar y la gente crea que es así
- 2) No puede resolver el conflicto de valores e intereses
- 3) Sea demasiada lenta y costosa
- 4) No pueda decirnos de manera concluyen y qué problemas confronta

Cuando decimos que la política más que el análisis determina las políticas a seguir, queremos decir que las políticas se elaboran a través de los distintos mecanismos por dar que la gente ejerce control, influencia o poder sobre otros.

Es en este punto donde Lindblom, brinda mucha importancia a la interacción, indicando que dado que las personas actúan unas sobre otras para resolver los complejos problemas sociales con que se enfrentan, la acción se convierte en interacción.

Así contempla en estos procesos a los " decisores activos", definidos como una pequeña proporción que actúan de inmediato y próximo a las políticas públicas, tales como los gobernantes, diputados, altos niveles de jefaturas entre otros. En otros casos, participan los ciudadanos, exponiendo sus necesidades, a veces revelándose a políticas del Gobierno, lo cual además genera temor por el poder que tienen los ciudadanos. Los partidos políticos también ejercen influencia sobre las políticas.

La interacción por sí misma a menudo soluciona, resuelve o disminuye los problemas, las interacciones establecen o hacen las políticas por las que constituyen una alternativa al análisis, de hecho puede a menudo alcanzar soluciones que el análisis no puede.

Lindblom, explica el juego de poder que se da producto de las interacciones políticas por medio de las cuales se controla a los demás, por eso considera que el análisis de estas políticas es otra forma de ejercer control.

Sí es importante, recalcar, que en las democracias constitucionales los decisores de políticas públicas, se encuentran limitados legal y moralmente por los perjuicios que puedan influir unos a otros en las interacciones políticas. Por eso la autoridad es fundamental en el proceso de elaboración de las políticas públicas porque lo es incluso para el mismo gobierno. (Lindblom, 1991)

Asimismo, aunque las normas democráticas aumentan la participación aún así requieren una élite de decisores de políticas públicas, cuya elaboración de esas políticas requieren demasiadas decisiones y que en los sistemas democráticos aumentan estos decisores haciendo una elaboración de políticas políticas más complicada aún, pues se requiere de muchos arreglos gubernamentales para lograr la cooperación y el ajuste mutuo, lo cual genera un frecuente sentimiento de impotencia a los simples ciudadanos.

Las políticas acertadas son aquellas que emergen de los procesos apropiados y los procesos apropiados son aquellos en que los ciudadanos eligen por sí mismos, no importa lo ingenuamente que lo hagan. (Lindblom, 1991)

Subirats, plantea por otro lado que se trata de entender qué actores (políticos, burocratas, actores privados) han intervenido en la formulación y actuación de la política concreta planteada, asimismo, qué distintas racionalidades de acción y de intereses utilizaban, y contrastar los resultados con los objetivos finalmente alcanzados. (Subirats, 1994)

El segundo grupo de "cargos públicos":

Lindblom, ha explicado sobre una serie de funcionarios que aunque no pertenecen al gobierno, los considera así en diversos sentidos, considerando que los sistemas de mercado requieren un segundo grupo de "cargos públicos" y por lo tanto, otra élite. (Lindblom, 1991)

Se trata de los directivos de la empresa privada que realizan funciones públicas importantes aunque no como funcionarios de gobierno, que se resumen en:

- Organizan fuerzas de trabajo
- Asigna recursos a la Nación
- Desarrollan programas de inversión
- Inician tareas críticas, tales como transporte, seguros, producción, etc.

Y es que Lindblom, considera que la formulación de políticas en sistemas de mercado produce una desigualdad fundamental entre decisores de política pública y ciudadanos. Señala que una distinción fundamental separa la élite de los negocios de la gran masa.

Los responsables de la política gubernamental muestran una preocupación constante sobre la actuación de la empresa privada y aunque el gobierno puede prohibir, no puede ordenar de manera positiva a los directivos de las empresas sobre cómo han de realizar sus funciones. El gobierno además debe garantizar condiciones a la empresa privada tales como subsidios, programas de formación, servicios de investigación.

En los sistemas de mercado, el gobierno debe dar al empresario todo lo que necesita para realizar una operación suficiente y beneficiosa, debe dar motivación a la producción, puestos de trabajo, crecimiento y el derecho especial de consulta y participación real en el proceso de formulación de políticas. Es decir, el gobierno premia a los empresarios con una posición privilegiada en el juego de poder de las políticas públicas. (Lindblom, 1991)

Ninguna otra gran categoría de ciudadanos juega un papel de liderazgo indispensable para el gobierno que el de las empresas, Lindblom, señala que hay dos procesos de control muy separados que operarán sobre los funcionarios de Gobierno:

- El control electoral
- El control empresarial

Y es que en los sistemas democráticos, la relación de la empresa privada con la democracia está ligada además a las libertades, esto hace difícil para un ciudadano distinguir la democracia de la empresa privada para que se de cuenta de la posibilidad de que ésta puede ser un elemento no democrático de aquello y observar que la demanda de las empresas obstruyen las demandas democráticas de los ciudadanos.

Hay una serie de argumentos de persuasión que enseña a los ciudadanos a aceptar la autonomía empresarial, la distribución de la riqueza, la limitada autoridad de los trabajadores en la gestión de las empresas y la estrecha relación entre la empresa y el gobierno como virtudes fundamentales del orden establecido que no puede desafiarse. Consecuentemente, no son temas a discutir en la elaboración de las políticas públicas.

Pese a los esfuerzos que se puedan realizar para controlar y regular a las empresas privadas, poco a poco, la extensión concreta del control empresarial parece suavizarse y desvanecerse. A largo plazo la regulación gubernamental de las empresas parece aumentar, pero también aparecen nuevos apoyos y ventajas para las empresas.

En ese sentido, entendemos, por actividades de grupo de interés, todas las interacciones a través de las cuales los individuos y grupos privados sin autoridad gubernamental pretenden influir en las políticas públicas junto las interacciones e influencias de los funcionarios de gobierno que van más allá del uso directo de su autoridad.

Realizando estas actividades, los grupos privados, individuos, grupos gubernamentales, juegan un papel indispensable en la formulación de las políticas públicas.

La interacción entre una variedad de grupos de interés efectivamente provoca la decisión que ningún funcionario puede analizar de manera convincente o alcanzar exclusivamente a través de su propia autoridad, estos grupos influyen por persuasión,

reglamentación, habilidad para influir en las elecciones y conceder el voto. Es la subordinación del interés común al interés particular.

La introducción de intereses y de grupos antagonistas en el circuito institucional del poder ha modificado no sólo el proceso de policy-making, sino también la base de legitimación, que si antes se fundamentaba en la superioridad impersonal (legal, racional), ahora se empieza a fundamentar en la confianza de la relación personal basándose en la convicción de una mayor capacidad de resolución de los problemas sociales planteados. Empieza a contar más el resultado que la legalidad y la conformidad a los procedimientos establecidos. (Mayntz, 1985)

Otro aspecto importante a considerar, trata sobre el control ciudadano, ya que muchos ciudadanos se encuentran poco motivos para participar activamente en las políticas, de hecho, algunos esperan que los especialistas resuelvan o intervengan por ellos.

Entre los ciudadanos, siempre se da desigualdad de ingresos, status, información, capacidad de síntesis e información, características que permiten fortalecer las capacidades y destrezas para realizar los análisis partidistas y ejercer persuasión pero a la vez generan diferencias que repercuten en los niveles de participación y socialización.

## **2.5. La formulación de la agenda política**

Lindblom, señala que aunque todo el mundo quiere bienestar, seguridad, amor y comida, sus demandas políticas serán muy variadas, ya que hay innumerables maneras de satisfacer esas necesidades básicas. Concluye además, que esos deseos y demandas de los ciudadanos dependerán de las valoraciones que haga tanto el ciudadano como los decisores de políticas públicas. (Lndblom, 1991)

Sin embargo, compartido con otros autores, Lindblom, explica la influencia de las élites en la formulación de las políticas públicas, las cuales están conformadas por empresas que ocupan un lugar privilegiado para ello. Estas mismas empresas proporcionan los puestos de trabajo, estabilidad, crecimiento y simultáneamente pueden atacar los fundamentos del orden económico. Lindblom, concluye que en realidad, las empresas, son actores que tratan de hacer que el sistema actual funcione más que reformularlo profundamente.

Subirats, asimismo, se refiere a otros factores por los cuales, algunos temas pueden conformar o no, el programa de acción de los poderes públicos, explica que algunas veces obedece a una limitación de recursos, tanto económicos como humanos, pero puede también derivar de la falta de legislación sobre el tema que autorice la acción la falta de voluntad política. También incluye dentro de esos factores, la adecuada presión por parte de los medios de comunicación o de los sectores implicados.

En ese sentido, señala que existe una cierta competencia entre cuestiones o temas planteados, ante la cual los poderes públicos establecerán prioridades otorgando status de problema público a determinados temas y no a otros. En líneas generales, podría afirmarse que un nuevo tema resulta susceptible de convertirse en "problema público" y por tanto, llegar a formar parte de programa de actuación según las siguientes situaciones:(Subirats, 1994)

- Si el tema o cuestión ha alcanzado proporciones de "crisis" y, por tanto, no puede continuar siendo ignorado.
- El tema adquiere características peculiares que lo diferencian de una problemática más general.
- Cuando el tema atrae a los medios de comunicación
- Temas que desencadenan cuestiones relacionados con "legitimidad" o "poder" y que por tanto afectan al núcleo sensible del poder público.
- Temas que alcanzan gran notoriedad pública.

En el primer punto, Subirats, señala que los efectos de las "crisis" sobre el programa de actuación, pueden ser de desplazamiento, de expansión o de transformación. En el caso del desplazamiento, se refiere al hecho de la pérdida de status del problema público a resolver, debido a la situación de crisis planteada. En el caso de expansión nos encontramos en el caso de que la crisis provoca un reforzamiento de una o más áreas de actuación pública. Y en el caso de la transformación hacemos referencia a la posible modificación de la situación debido a un nuevo establecimiento de prioridades.

En la dinámica de formación de la agenda, señala tres características generales: (Subirats, 1994)

- Valorar el grado de apoyo que el tema en cuestión puede recabar, o sea, valorar el impacto general de la cuestión.
- Valorar su significación, es decir, el impacto sobre la realidad social.
- La viabilidad de la solución anticipada o previsible.

En medio de estos elementos, se deben valorar otros aspectos que resultan de imprescindible consideración en la formación del programa o agenda de actuación pública, como son los hechos siguiente:

- La organización de los grupos presentes
- La problemática de la representación
- Estructura decisoria
- Tradición o capacidad de respuesta del sistema
- Liderazgo

## **2.6. Características de una política pública:**

- Un contenido: Se movilizan recursos para generar resultados o productos. Estos productos (outcomes) son los que el analista examina. En el contenido de una política pública, se analizan atentamente los objetivos y las realizaciones en medio del tejido social real en el cual se desarrolla la acción, tanto el modelo social como sus problemas.
- Un programa: Detrás de un acto, existe un marco más general en el que se integra ese acto.
- Una orientación normativa

- Un factor de coerción: Posee una legitimidad que es la autoridad legal que se impone a la colectividad.
- Una competencia social: Los actores y las disposiciones que afectan la situación, los intereses y los comportamientos de los administrados.
- El contenido ideológico también puede ser una característica de las políticas públicas, por ejemplo, la ideología de EEUU que integra todas las ideas sobre la democracia, libertad, pluralismo, empresa privada, individualismo y responsabilidad social, guían precisamente a las políticas públicas. (Lindblom, 1991)

.- Los efectos de una política pública:

Hay que distinguir dos facetas de la actividad gubernamental:

.- Gestión Interna

Movilización que hace una autoridad pública de sus recursos propios a fin de producir realizaciones concretas especificables o individualizables. Por ejemplo, en la aplicación de la regulación interna, es la autoridad la responsable de su eficiencia.

.-Gestión de políticas públicas

Los productos de una autoridad pública se ofrecen para provocar efectos o impactos, esta producción es precisamente el modelo de gestión de las políticas públicas. Es en esta sección, donde el análisis de las políticas públicas contienen su tentativa metodológica para lograr un mejor dominio en la producción de las políticas públicas.

Generalmente, el impacto de una política pública puede afectar otra política pública, por eso la importancia de tener presente el contexto más general de la acción gubernamental, igualmente cuando se analizan los indicadores de resultados, debe evitarse caer sólo en la parte cuantitativa, pues existen impactos a nivel cualitativo. (Meny & Jean-Claude, 1992)

En el análisis del cambio social, las políticas públicas se consideran con los siguientes parámetros:

- a) Los objetivos perseguidos por la política pública considerada.
- b) Los sujetos afectados por la política pública
- c) Los ejecutores a quienes se confía la aplicación de las medidas gubernamentales
- d) Tipos de políticas públicas, si actúan de forma directa por medio de la coersión o de manera indirecta presionando su entorno, los administrados, sea de manera reglamentaria, redistributiva, distributiva o constitutiva.

Según Meny, la experiencia indica que el afectado considera más importante los costos y los beneficios que le atañen de manera personal, individualizada y a corto plazo, es decir, en forma concentrada. Al contrario, percibe los costos más débilmente cuando le afectan colectivamente y a mediano plazo, es decir, en forma difusa.

En ese sentido, señala que los costos tienden a imponerse sobre los beneficios y el corto plazo importa más que el medio plazo. La repercusión individualizada moviliza mucho más que la repercusión colectiva.

Por eso el análisis de políticas públicas significa tener una visión rigurosamente teórica-técnica, en cuyo análisis se debe tener presente la comunicación con la ciudadanía. (Aguilar, 1992)

Finalmente, las políticas públicas se pueden caracterizar según su grado de universalidad o de particularismo:

- Por los métodos de conducción política
- Los instrumentos de gestión administrativa
- La función de conducción social del Estado
- Los instrumentos de Gobierno.

En el análisis de las políticas públicas, se ha recomendado seguir los siguientes pasos, aunque hay que tener en cuenta que no necesariamente los pasos se dan de manera estable:

- Identificación del problema

- Formulación de soluciones
- Toma de decisiones
- Ejecución de un programa
- Terminación de la acción.

.- El juego político de la burocracia

Hegel, señalaba que la burocracia es el espíritu del Estado y por el contrario, Marx afirmaba que la burocracia era la falta de espíritu de ese Estado. Para Weber, la burocracia reducía la complicación, el desorden, la arbitrariedad y discrecionalidad tortuosas de las antiguas administraciones, de hecho, el modelo Weberiano refleja las características fundamentales que la Administración Pública ha incorporado en los países capitalistas occidentales.

Subirats, señala que la tendencia en los últimos años, es reforzar la centralización de las decisiones y las vinculaciones político-burocráticas en la que está ausente una cultura administrativa para prevenir conflictos o preparar estrategias adecuadas para mitigarlos.

Subirats considera necesario plantearse el complejo mundo de las políticas públicas dentro de lo que se ha calificado como el "gobierno de la fragmentación" donde coexisten entramados de relaciones e intereses diversos, de superposición de niveles y competencias de límites cada vez más imprecisos entre público y privado, con un resultado evidente: la explosión de las funciones y las políticas de los sistemas político-administrativos contemporáneos. (Subirats, 1994)

En ese contexto, Rhodes, agrega además, que puede producirse una coalición dominante que imponga ciertas reglas de juego y disponga de una cierta discrecionalidad. (Rhodes, 1986)

.- Los recursos de la burocracia y las políticas públicas

Los recursos más importantes que posee la burocracia y que explican la importancia de su papel en el proceso de determinación e implementación de las políticas públicas son: (Subirats, 1994)

a) El control sobre la información y su misma capacidad profesional. La burocracia es quien conoce mejor que está realmente sucediendo en la aplicación de los programas públicos, conoce el grado de aceptación que generan y los principales fallos en su diseño que deberían modificarse.

b) Red de contactos formales e informales que desde los distintos servicios de la Administración se mantienen con el exterior de la Administración y con la misma cúpula decisional. Ello les confiere una gran accesibilidad y una notable influencia, incrementado todo ello por su permanencia o longevidad en la estructura administrativa.

c) La permanente posición de los burócratas en la estructura de diseño e implementación de las políticas públicas es uno de sus recursos más eficaces. Su grado de conocimiento del terreno les permite absorber o neutralizar a políticos demasiado audaces, o simplemente mantener su grado de influencia aprovechando la constante novedad de los decisores políticos.

Por otro lado, parece evidente que la burocracia encuentre su papel más relevante en la generación de alternativas que desarrollen los puntos contenidos en las agendas o programas de actuación definidos por el nivel político, y en el proceso de implementación que sigue a la toma de decisiones.

## **2.7 La aparición de problemas públicos (Meny & Jean-Claude, 1992)**

Para abordar correctamente los problemas públicos, no basta con explicar las funciones de la acción pública o el motivo de los acontecimientos, es necesario además:

- El contexto histórico de los problemas: ¿Cuándo suceden los problemas? ¿Quiénes son los protagonistas?
- Evitar la fascinación por la decisión: Es decir, el riesgo de valorar la decisión como único momento clave de una política pública. Hay que preguntarse si la

decisión, es una reacción a los acontecimientos o a las necesidades y si el problema es percibido igual por todos.

- La desviación macro-contextual mecanicista: Es decir el riesgo de perder la capacidad de demostrar porque sucede un efecto y no el otro.

Meny señala 5 parámetros que aumentan la probabilidad de que un problema afecte a un público más extenso:

- La ambigüedad de la definición de un problema
- Su simplicidad
- Persistencia en el tiempo
- Su novedad
- El carácter imperfecto del problema

A estos puntos se debe agregar el desempeño de los medios de información que pueden atenuar o extender los desafíos del problema generando percepciones distintas y así ganar terreno en la atención pública.

Es por ello, que resalta en la teoría de las políticas públicas, el valor privilegiado que se brinda a la decisión pública, es decir, aquellas acciones que revelan el sistema político, Meny, señala que quien tiene la decisión ejerce el verdadero poder.

## **2.8 La decisión pública**

La decisión pública es un compromiso entre múltiples actores independientes que están dentro o fuera de la autoridad pública considerada.

Para tomar una decisión pública, definitivamente, el problema debe estar en la agenda, ser analizada y seleccionada aquella decisión que se considere legítima, es decir, cuya solución propuesta la haga aceptable a los ojos de los terceros. (Meny & Jean-Claude, 1992)

Meny, también señala la "no decisión", que encubre un conjunto de actividades que sirven para sostener la movilización de valores, procedimientos, ritos y actores con el fin de legitimar la no acción.

Aguilar señala que al revisar la vasta literatura del análisis de políticas, se puede observar que hay dos posiciones extremas en lo que se refiere a la naturaleza e instrumental del análisis y al papel que puede o debe juzgar en la formulación de la política. (Aguilar, 1992)

- Racional: Aunque reconoce la existencia de diversas y poderosas restricciones de diversas y poderosas restricciones, no renuncia por ello a la exigencia de la racionalidad máxima posible en la formulación y decisión de la política.
- Transaccional: Se formulan las políticas con una visión negociadora, concertadora, pragmática de la política, que considerará al análisis como una condición insuficiente y en ciertas circunstancias innecesarias para la decisión y desarrollo de las políticas.

La racionalidad de la decisión se determina en dos formas:

- Racionalidad absoluta: La secuencia estructurada de actividades basadas en criterios racionales y objetivos que se desarrolla en un ambiente de estabilidad, con preferencias y opciones claramente identificables.
- Racionalidad limitada: Se desarrolla la decisión con muy poca información y difícil de obtener. Los criterios de elección son escasos y la necesidad de elegir se desarrolla en un ambiente de tensión psicológica.

En ese sentido, Charles E. Lindblom, planteó en 1959, el procedimiento de "salir del paso" en la toma de decisiones en política, el cual consistía en que los cambios se realizaban de manera incremental basados en la experiencia pasada con el fin de llegar a una política de acuerdo.

Sin embargo, Dror, estudia dicho procedimiento, y considera que el procedimiento propuesto de Lindblom, tiene una validez limitada intrínseca al procedimiento y constituye una barrera para el mejoramiento de la toma de decisiones.

Dror, propone la posibilidad de construir un modelo mixto óptimo para la elaboración de políticas, al cual denomina como un modelo normativo óptimo para la toma de decisiones que contiene los siguientes supuestos: (Dror, Salir del paso ¿ciencia o incerticia?, 1964)

- La toma de decisiones óptima implica un esfuerzo por aumentar su contenido de racionalidad a través de un amplio esclarecimiento de los objetivos, una búsqueda más extensa de nuevas alternativas y formulación de criterios precisos de decisión.
- Los procesos extra-rationales juegan también un papel importante en la toma de decisiones sobre cuestiones complejas. La "experiencia" y el "conocimiento tácito" son fuentes de intuición y comprensión. El juicio intuitivo, las impresiones holísticas que resultan de empaparse de una situación y la invención creativa de nuevas alternativas son ejemplos de momentos extra-rationales en una elaboración de políticas.
- Las decisiones de caso, las sesiones de motivación y las "lluvias de ideas", desarrollan el conocimiento y el pensamiento para mejorar las herramientas analíticas coyunturales.

Características de un modelo normativo para la toma de decisiones:

- Clarificación de los valores, objetivos y criterios de decisión
- Identificación de alternativas
- Estado preliminar de resultados esperados con una estrategia de riesgos mínimos

El acuerdo se da después de una amplia discusión, en la cual se analiza si el problema es tan importante para que amerite hacer un análisis más exhaustivo

Se mejora la calidad de la toma de decisiones por un aprendizaje sistemático (iniciativa, experiencia y creatividad)

En este modelo, la crisis sirve para obtener consenso en torno a cambios fundamentales de dirección, donde una sociedad más capaz de resolver sus problemas

requiere una mayor capacidad para construir consenso y medios de control más eficaces utilizando los avances tecnológicos.

Meny, considera que hay factores primordiales que influyen en el proceso decisorio, por ejemplo, que las relaciones de influencia y de poder entre los actores, así como la ambigüedad y el malentendido, hace que desaparezca el decisor como actor privilegiado, pues en realidad el que decide es el contexto, el sistema se impone sobre el responsable de la decisión.

La presión en el papel del decisor, es mayor en aquellos medios muy integrados y socialmente protegidos, más aún si no se logra el consenso y más bien se deben tomar decisiones en medio de divergencias. Igual, el grado de incertidumbre o certeza de los actores sobre los medios o la eficiencia de las soluciones propuestas, influye en los procesos decisivos.

Como señala Aguilar, las políticas -su diseño y desarrollo – no son un tranquilo y neutro espacio jurídico o administrativo, sino una arena política en la que convergen, luchan y conciertan las fuerzas políticas. (Aguilar, 1992)

A veces por la ambigüedad que rodea la toma de alguna decisión compleja, se hará necesario acudir a ideologías políticas como formas de análisis sustituto, por ejemplo, plantear preguntas como ¿Cómo responderían otras instancias? ¿Quién está con nosotros y quiénes contra nosotros?

Es decir, decisiones que deben tomarse en contextos estables, requerirán decisiones técnicas, pero en situaciones con particularidades inmediatas que definen un problema, requerirá soluciones prácticas.

El modo en que los decisores de las políticas públicas efectúen su elaboración, dependerá mucho de la estructura, de las normas, de las relaciones de autoridad, de los procedimientos y de las organizaciones que medien entre ellos así como en el efecto que ejerzan en las políticas.

A menudo se elaboran políticas públicas al margen de las demandas de los ciudadanos y a la vez estos poseen un control débil sobre las políticas, lo que Lindblom señala en el juego

del poder en la democracia que sitúa a los burócratas, empresarios y grupos de interés, todos los actores en el proceso de la formulación de las políticas son importantes en su análisis.

## **2.9. Los actores:**

Los actores son aquellos que llevan a cabo las acciones relevantes, conocidos como los actores interesados (stakeholders), en el sentido de que pueden intervenir en el proceso decisional por las consecuencias que podrían darse para ellos.

En ese sentido, se dice, que ni los ausentes son actores, ni sus "no acciones" forman parte de las políticas públicas.

Tampoco son actores sólo aquellos que cita la ley, pueden participar incluso aquellos que no tienen ninguna calificación legal para participar.

Es posible que en el proceso de toma de decisiones que se abre el sujeto formalmente responsable de la decisión, no desempeñe en realidad papel alguno, mientras que el verdadero proceso de decisiones se desarrolla entre otros sujetos y el ente aparentemente responsable de todo ello, acaba simplemente asumiendo la decisión tomada por otros actores. (Bruno & Subirats, 2014)

Por eso el análisis de los procesos decisionales, realiza esa construcción de sus actores para el estudio cómo se desarrolló en realidad la decisión, donde se podrá observar en algunos casos, inacción de actores que se puede presumir como un acto de voluntad según sus objetivos o también dicha inacción puede obedecer por desconocimiento de los actores o porque perciben que la decisión a tomar no es relevante para sus objetivos.

Existen actores que actúan en forma colectiva, generalmente cuando reconocen su interés propio y tienen claras las condiciones de su supervivencia, en cierta forma, explica Bruno y Subirats, se da un grado de identidad colectiva compartida internamente y comunicada externamente.

En realidad, en el análisis del proceso decisiones, a veces es difícil por lo que debe investigar los objetivos de cada uno de los actores, es decir, la preferencia, sus percepciones de los propios intereses en el problema a tratar o solución por adoptar, así como por las consecuencias que podría acarrearle una decisión.

.- Los recursos de los actores:

Para entender cómo y cuándo los actores son capaces de intervenir con eficacia en un proceso de “*policy making*”, el concepto de intercambio político puede ayudar, es decir, la capacidad de contribuir a determinar la transformación de los componentes que se encuentran en la otra parte de la mesa de negociación. (Bruno & Subirats, 2014)

En ese sentido, los actores pueden tener cuatro tipo de recursos:

1. Los recursos políticos: Consisten en la cantidad de consenso que un actor es capaz de poner en movimiento. Tal consenso puede referirse sobre la población entera o grupos sociales determinados, implicados en diversas políticas públicas. El recurso político es absolutamente esencial en todos los procesos decisionales de la política pública. Aquí recalca la pérdida generalizada de confianza en las capacidades de las autoridades políticas de resolver los problemas colectivos. Lo que a su vez depende, por un lado de la crisis de las ideologías políticas en el Siglo XIX ( el liberalismo, socialismos, doctrias democráticas). Y por otro lado, de la casi total desaparición de la legitimidad tradicional. En este escenario aumenta enormemente la importancia de todos aquellos sujetos capaces de modificar el consenso y los recursos políticos de los que goza un actor de *policy*, donde también tiene mucho que ver la percepción de los ciudadanos y de los distintos grupos sociales y las redes sociales.
2. Los recursos económicos: Se refiere a la capacidad de movilizar recursos económicos de cualquier tipo para modificar o influenciar los comportamientos de los otros actores, aunque no se considera como una condición suficiente para prevalecer la importancia de un actor determinado en un determinado proceso de toma de decisión que trata sobre aspectos de valor de identidad. Sin embargo, los recursos económicos, puede hacer más atractivas las propuestas de innovación, puede mejorar la calidad y también la comunicación externa para modificar las perspectivas al respecto de la opinión pública, sobre los comportamientos de los sujetos, cuyo acuerdo puede resultar útil par ahacer posible la decisión que se quiere adoptar. En este punto, también podrían darse prácticas de corrupción, donde el dinero se usa para influir sobre los comportamientos de las autoridades políticas administrativas.

3. Los recursos legales: Consiste en potestades o posiciones de ventaja que las normas jurídica y en general los pronunciamientos de las autoridades legislativas y administrativas, atribuyen a algunos sujetos en los Estados contemporáneos. Esto es muy importante, ya que contribuye a definir las modalidades mediante las que se "hacen" las políticas y, en consecuencia, determinan o condicionan los resultados de la mayor parte de los procesos decisionales, como es el caso, de los pronunciamientos de los tribunales constitucionales que obligan a la administración a adoptar ciertas políticas.
4. Los recursos cognitivos: Consiste en la disponibilidad de informaciones o modelos interpretativos relevantes que se relacionan con la adopción de una decisión. Estos recursos son muy importantes en momentos como los actuales, caracterizados por la gran complejidad e incertidumbre que rodean los problemas colectivos. Estos recursos son relevantes sólo si en en la medida en que son importantes para el actor que recibe ese conocimiento y pueden ser sustituidos o compensados por otro tipo de recursos. Habrán decisiones donde la negociación se basará en el acuerdo de todos y no necesariamente sobre los aspectos técnicos. El conocimiento debe ser interpretado y encuadrado en teorías y modelos que le dan sentido.

A partir de lo anterior, se clasifican los actores, como actores políticos, burocráticos, representantes de intereses especiales, de intereses generales y los expertos.

.- Actores políticos: Son los que basan su pretensión o propósito de intervenir en los procesos decisionales en el hecho de que representan a los ciudadanos, gozan de un consenso significativo, ya sea en términos generales o con referencias explícitas las cuestiones que se estén tratando.

Subirats, señala que la hipótesis subyacente es que en un sistema político democrático no se puede aceptar que se tomen decisiones sin el consenso popular, esto significa, que un actor político reivindicará un papel más relevante en el proceso decisional cuanto más amplia sea la cuota de consenso que dicho sujeto se atribuye que los otros participantes le reconocen.

Aquí tiene una enorme importancia la comunicación, es decir, la capacidad de que el entorno social percibe la importancia del papel que desempeña el actor durante el proceso.

.- Actores burocráticos: Son aquellos que basan su lógica o propósito de intervención en la consideración de que las reglas legales le atribuyen una responsabilidad determinada en el procedimiento de adopción de las decisiones donde consideran la competencia formal para intervenir. De ahí, que en los Estados modernos democráticos-representativos, se nombran a sujetos dotados de legitimidad política para cargos dotados de autoridad legal, y como tales, vinculados por la normativa.

Como se señaló anteriormente, en la descripción de los recursos burocráticos, el papel creciente de los tribunales a todos los niveles en la definición de las políticas públicas en todo el mundo, lo que precisamente significa que sigue siendo la ley, el derecho, un elemento importante en el modo de gobernar, es decir, la lógica burocrática mantiene su centralidad en los procesos de decisivos de política pública.

.- Actores con intereses especiales: Basan sus propósitos de intervenir en el hecho de que la elección entre las alternativas incide directamente sobre sus intereses, esa por los costos que conlleva o por la posibilidad de obtener beneficios. Puede tratarse de empresas, individuos, organizaciones representativas de determinadas profesiones o de personas que viven en un lugar determinado.

.- Actores con intereses generales: Son aquellos que dotados de legitimidad, políticos o legales, basan su propósito o lógica de intervención en el proceso de toma de decisiones en el hecho de que representan a sujetos y/o intereses que no pueden defenderse por ellos mismos y que por tanto no son capaces estructuralmente de actuar en primera persona. Se trata de un fenómeno cada vez más generalizado en las sociedades contemporáneas. Generalmente, trata de temas sensibles, como la protección ambiental, que son de largo plazo y por eso no hay interés político.

.- Experto: Su intervención se basa en el respeto y acatamiento del método científico en la recogida y elaboración de las evidencias empíricas significativas. En los debates se puede generar conflictos por el encuentro de diferentes modelos de análisis de las mismas evidencias empíricas.

En resumen, dada la complejidad de las políticas públicas, producida por la heterogeneidad y pluralidad de la sociedad moderna, existen en su proceso decisonal, múltiples actores con dimensiones distintas: internacional, nacional, regional, local. Estos

actores actúan por su propio criterio y con una naturaleza de intervención distintas en el alcance de sus propósitos.

Los actores que pertenecen a la misma categoría y que por lo tanto actúan utilizando la misma lógica de acción, pueden actuar en varios niveles o esferas de decisión, lo que influye en los intereses de los que son portadores y en los objetivos que en consecuencia persiguen.

Los roles de los actores, son las funciones que los actores desempeñan en el ámbito del proceso decisional concreto y que implican ciertas relaciones con las acciones y comportamientos de cada uno. Los roles pueden ser distintos, sea como el promotor del que plantea el problema, el director, es decir el que pilotea el proceso, el opositor que impide transformaciones, el aliado, que aporta recursos a la coalición, el mediador que favorece los acuerdos y el “*gatekeeper*” que son aquellos que bloquean los procesos.

Los roles de promotor y director, son los que generan la transformaciones significativas. (Bruno & Subirats, 2014)

Otro aspecto muy importante, es la conformación de redes de actores, es decir, el conjunto de actores (*network*) implicados en el proceso de toma de decisiones, donde la propiedad más obvia es su amplitud.

En ese sentido, se plantea la siguiente hipótesis: El éxito decisional depende de que la complejidad del proceso, es decir de la *network* de actores refleje la cantidad y el tipo de intereses afectados por el problema o por la solución. Una de las razones principales por las que los procesos de innovación en el ámbito de las políticas públicas suelen fracasar es el hecho de que las redes decisionales activadas son o demasiadas simples, es decir, no incluyen a algunos de los actores interesados o demasiadas complejas, es decir, incluyen a sujetos que no tienen en realidad objetivos o intereses relevantes para solucionar el problema de *policy* planteado.

Otra propiedad para determinar los resultados de los procesos decisionales, es la cantidad de relaciones que se dan entre los actores, que pueden generar una mayor confianza entre ellos o aumentar el conflicto en el proceso.

Las relaciones entre densidad y centralidad es muy clara, es decir, un alto nivel de centralidad en una network con baja densidad, indica con certeza la existencia de un actor dominante capaz de condicionar el resultado del proceso.

El análisis de los roles es muy importante, ya que permite explicar mejor la dinámica del proceso y permite predecir los propios comportamientos de modo funcional respecto al éxito decisorio. De ahí que se recomienda realizar una comparativa de las distintas categorías y roles de los actores en forma gráfica como la siguiente:

Cuadro No. 1  
La medida de la complejidad de las políticas públicas

Dimensión del interés/Tipo de actores	Políticos	Burocrátas	Intereses Especiales	Intereses generales	Interés del experto
Internacional					
Nacional					
Regional					
Local					

## 2.10. La implementación

La implementación es la función más importante de la Administración o de la burocracia. (Lndblom, 1991), pues conlleva siempre en algún grado un cambio de las políticas anteriores.

Corresponde a la fase de una política pública durante la cual se generan actos y efectos a partir de un marco normativo de intenciones, textos, discusiones. Es la fase donde se

plantean importantes problemas de resolución de conflictos y de consensos para la cooperación.

Implementar o poner en práctica será, en otras palabras, aplicar un programa de acción a un problema planteado, mientras que la "implementación research" será el estudio sistemático de la actividad de puesta en práctica con el fin de identificar los factores que explican el proceso de transformación de los programas en resultados. (Subirats, 1994)

En el análisis de la implementación de políticas públicas, Pressman y Wildavsky, sitúan su principal foco de interés en la "complejidad de la acción conjunta" ejemplificándolo en la enorme cantidad de órganos de la Administración, niveles de gobierno y grupos afectados que estaban inmersos en todo proceso de puesta en práctica de un programa, y sin cuyo asentimiento o incluso sin cuya colaboración activa no podían alcanzarse los objetivos previstos. (Subirats, 1994)

En la implementación Meny, resalta el enfoque top-down, que se caracteriza por parte del centro a la periferia con un razonamiento lineal. Aquí se caracteriza, la primacía jerárquica de la autoridad y la distinción entre el universo político y el mundo administrativo, consideradas dos esferas radicalmente distintas en la actividad pública en la búsqueda del principio de eficiencia.

Este modelo, tiene como punto de partida, la existencia de objetivos imprescindibles como variable analítica para poder medir el grado de éxito o fracaso de la política a poner en práctica. La hipótesis de partida por tanto es, que cuanto más claramente se especifiquen los objetivos en el programa más fácil será la labor de ponerlos en práctica.

El segundo elemento de este modelo la cantidad de recursos de que se dispone o se puede movilizar, tales como el personal adecuado, acceso suficiente a la información requerida y capacidad para ejercer la autoridad necesaria.

La tercera variable sería la comunicación interorganizativa y la capacidad de control.

Quedaría la última variable referida a las condiciones económicas, políticas y sociales y que se relaciona elementos como el papel de la opinión pública.

Meny, señala tres imperativos diferentes que pueden ser más o menos conflictivos entre sí en la etapa de la implementación de las políticas públicas:

- Un imperativo legal: Principio de legalidad
- Un imperativo organizativo: Interés del servicio, factibilidad técnica, moral y profesional
- Un imperativo consensual: Nivel de acuerdo aceptable entre las partes.

La conciliación entre los tres imperativos es incierta hasta el final.

Lo anterior coincide con lo expuesto por Subirats, de que las políticas son a menudo resultado del compromiso entre valores conflictivos y las decisiones en que se fundan acostumbran a ocultar ajustes de todo tipo con los intereses clave afectados por la puesta en práctica del programa de actuación.

Otro aspecto importante que se debe considerar en el análisis de la implementación de las políticas públicas, es la teoría del proceso de cambio, que señala que la ejecución de estas políticas debe tener presente la capacidad de los ejecutores para apropiarse de las prescripciones y actuar sobre los interesados. Por eso es importante, tener presente los postulados teóricos de las políticas públicas en materia de cambio social, pues las burocracias, señala Meny, son alérgicas a toda innovación y el aparato administrativo es monolítico.

La legitimidad de la acción de los poderes públicos se basa hoy más en su capacidad de dar respuesta a las demandas de los sectores implicados en sus ámbitos de actuación que en su teórica legitimidad ideológica o constitucional. (Subirats, 1994)

Es en el proceso de implementación de los programas de actuación pública cuando resulta más clara la influencia de la burocracia sobre el contenido y el alcance de tales programas. Como se es sabido, se considera que el papel fundamental de la burocracia es precisamente "ejecutar" las decisiones previamente tomadas por el nivel de decisión político, intentando hacer realidad los objetivos previamente fijados.

El primer problema, que ha sido exhaustivamente mencionado en numerosos estudios, es la tendencia a establecer un set de objetivos por parte de los decisores excesivamente genéricos, ambiguos, múltiples a veces e incluso contradictorios.

Esto más el comportamiento a veces excesivo de los funcionarios que se refugian en normativas para no atender objetivos “ incómodos” demuestra que no es suficiente un buen diseño del plan de acción a llevar a cabo, ni tampoco contar con los recursos de todo tipo necesarios, sino que es preciso tener en cuenta la disposición de los implementadores y sus relaciones con el resto de la estructura administrativa y con el entorno en el que se sitúa la acción. Deberá incluirse necesariamente la obtención de la participación y el consenso de la burocracia implementadora.

Subirats concluye que en realidad, los objetivos son inconsistentes y difusos, los recursos siempre resultan insuficientes, el control es muy superficial y formalista y las circunstancias que rodean el trabajo en la Administración Pública acostumbran a ser descorazonadoras.

### **2.11. La evaluación**

La evaluación en el terreno de las políticas públicas se inicia desde la década de 1980, década en la cual se incrementa el estudio de los efectos y la acción cotidiana del Estado, precisamente, la evaluación consiste en medir e identificar los efectos propios de una acción, proceso en el cual se valoran los actores sociales, todo ello con el fin de explicar los resultados generados por las políticas públicas.

Evaluar una política pública, también señala Meny, se puede entender como aquel proceso donde se aprecian los efectos atribuibles a una intervención gubernamental en un campo específico de la vida social y del entorno físico. (Meny & Jean-Claude, 1992)

Subirats, considera a la evaluación como el método de investigación sistemática sobre la configuración de un programa o política determinada y sobre su implementación y efectividad. (Subirats, 1994)

Asimismo, la evaluación de estas políticas dependerá mucho de la perspectiva, sea gerencial, política o una perspectiva más clásicamente jurídica o legal.

Desde la perspectiva gerencial, se plantean temas como el de la eficacia de esa política, el grado de satisfacción que se ha alcanzado o su nivel de eficiencia. Desde una perspectiva política, el tema clave será la capacidad de control sobre el desarrollo y balance final de un programa de actuación de los poderes públicos. Desde la perspectiva legal o

jurídica la evaluación de un programa de actuación de los poderes públicos se basa en criterios como la igualdad formal de los ciudadanos en su acceso al programa, el respeto al principio de legalidad, la pureza del procedimiento administrativo seguido o el respeto a los derechos de aquellos individuos o colectivos afectados o relacionados con el programa.

Meny, señala que el analista debe aceptar cuatro afirmaciones en el juicio de los objetivos: (Meny & Jean-Claude, 1992)

- Admite que la autoridad pública persigue objetivos inequívocos y que desea su realización.
- Supone que la autoridad pública administra racionalmente los medios
- Aclara las razones que rigen la elaboración de los objetivos de la política considerada.
- Postula que la política tiene un impacto posible.

Otro aspecto importante en la evaluación es conocer cómo los usuarios, los ciudadanos, juzgan una política pública, ya que puede llevar a elegir mejor los criterios de impacto que el analista considerará para realizar su propia evaluación, limitando el exceso de la subjetividad.

La función de este tipo de evaluación, constituye el centro del debate político en la sociedad acerca de una política pública.

La evaluación de las políticas públicas, por tanto, están dirigidas al estudio de las realizaciones públicas y sus impactos sobre el entorno social y natural, donde el analista deberá tener presente que las políticas no se extinguen por el sólo hecho de haber satisfecho la demanda social, las políticas pueden verse alteradas sea en su contenido, en su ejecución, al problema que responde y a la población sobre la que interviene.

Por eso, como se indicó al principio, el analista debe conocer el contexto más general que engloba a las políticas públicas, comprendiendo que en la esencia de la política misma, están los valores y los intereses, porque sólo el sistema político indica al analista lo que es y lo que no es significativo como alteración de la acción pública.

En el análisis se deberán cuestionar aspectos cómo si las actividades inducen y acompañan un cambio y si la alteración de las políticas públicas resulta de estrategias de poder, de enfrentamiento de valores, de las relaciones intergubernamentales, de la capacidad del Estado en su acción pública y de desfases entre la decisión y su ejecución, entre la realidad y la retórica.

Otro aspecto importante, es que las políticas de gobierno relativas a asuntos específicos de intenso interés público de los grupos y de las comunidades, se han vuelto el lugar crítico del consenso y el conflicto, porque ellas cristalizan o malogran la representatividad, constitucionalidad, publicidad, racionalidad de los gobiernos. En el fondo, el sentido y la función social del gobierno.

Las políticas públicas constituyen hoy, la búsqueda actual de nuevos equilibrios entre el Estado necesario y la sociedad autónoma, aunque también, las políticas se han vuelto Un lugar densamente administrativo. (Aguilar, 1992)

Meltsner, en su artículo sobre la factibilidad política y análisis de políticas, señala que uno de los errores que más frecuentemente cometen las dependencias gubernamentales cuando analizan políticas públicas consiste en ignorar sus implicaciones políticas. (Meltsner, 1972)

En ese análisis sugiere como primer paso, establecer un conjunto de categorías que permitirá conocer el universo político y sus diversas opciones de política, tales como:

- Identificar los actores, sus creencias y motivaciones, así como sus recursos y los espacios donde estos actores interactúan.
- Sugiere además examinar las dificultades que competan la integración de las implicaciones políticas a los procedimientos analíticos, en ese sentido, Meltsner, señala que vivimos en una época en la que los estudios preliminares se están convirtiendo en el presupuesto indispensable de la acción.

En cuanto al análisis, Meltsner, concluye que el análisis de las políticas públicas permite conocer las autoridades que en una determinada política tiene la capacidad de superar los obstáculos que se le presentan, sin embargo, las autoridades deben preguntarse si el resto

de la burocracia estará dispuesta a respaldar la política, así como qué dependencias están a su favor y cuáles en contra.

También debe cuestionarse la posible acción de los legisladores y de la operación de grupos de interés.

Lindblom, llamaba a la atención, para que se tuviera en cuenta que la evaluación de políticas, no constituye necesariamente un paso a la formulación de políticas públicas a menos que ofrezca ideas a los posibles próximos movimientos. Las políticas a veces se formulan a través del compromiso de los decisores de políticas públicas. (Lindblom, 1991)

Analizar el espacio ofrece una pista inicial respecto del entorno político, el área de acción de las políticas es esa parte del entorno que está directamente ligada con el análisis de una política particular. Por ejemplo, el seguro de salud, la prestación de servicios médicos, son áreas diversas de acción de las políticas que forman parte del espacio más inclusivo de la política de salud.

El analista debe organizar la información, bajo la forma de un conjunto de mapas políticos, para determinar posibles resultados, como cuáles son los actores políticos, cuáles son los actores con poder y las áreas de consenso o conflicto.

## **2.12. Sucesión y terminación de políticas**

Señala Subirats que no puede acabarse el análisis de un programa de actuación de los poderes públicos con la evaluación de sus resultados, debe cerrarse el círculo aludiendo a los efectos que puede tener sobre la consideración global del programa el análisis efectuado. En definitiva, se trataría de reflexionar sobre la posible continuidad, modificación o terminación del programa a partir de la labor del análisis realizado.

En algunos casos, la sucesión de políticas implica reorganizaciones, integraciones o fracturas que pueden provocar fuertes resistencias de los organismos afectados si entienden que ello perjudica su posición en el interior del entramado administrativo.

En otras ocasiones, los resultados de la evaluación, obliga a estructurar o diseñar políticas y programas de actuación que permitan su readaptación, sucesión o terminación si se constata su inadecuación o poca efectividad en el proceso de su implementación y desarrollo.

En los últimos tiempos, antes las crisis financieras que afectan al Estado, los Gobiernos han tenido que modificar sus estrategias, produciendo un cierto proceso de transferencia de ciertas políticas y programas de actuación de los poderes públicos al sector privado.

En ese sentido, deben también considerarse los profundos cambios que pueden darse en el nivel de demanda de ciertos servicios o prestaciones. Y ello es sobre todo importante en servicios que requieren una elevada dotación de personal, como la educación y la sanidad. Las fluctuaciones en la demanda o los cambios tecnológicos pueden provocar excesos de personal en ciertos campos de actuación pública y la necesidad de finalizar o reducir determinadas políticas o programas. Aquí debemos señalar la necesidad de diseñar con especial atención esas políticas, potenciando el reciclaje del personal, en ciertos casos, aunque se debe ser consciente de las dificultades y resistencias que todo ese proceso de transformación puede generar y genera.

Subirats, concluye, que las organizaciones tienden a dedicar sus esfuerzos a asegurar la continuidad o a ocultar las vías posibles de evaluación en medio todo ello, de las excesivas rigideces organizativas propias de la Administración Pública.

### **2.13. El Neoinstitucionalismo**

Estudios de las políticas públicas, cada vez más numerosos han puesto de manifiesto la importancia de las instituciones del Estado, como organizaciones a través de las cuales los agentes públicos (electos o administrativos) persiguen metas que no son respuestas a demandas seriales. Las políticas públicas se vuelven en medio para describir el comportamiento institucional y cómo sus variaciones pueden ser atribuidas a sus estructuras mismas.

El Estado se ha ido convirtiendo en un actor social más, si bien dotado de una dimensión específica y con unos medios y técnicas de acción muy especiales y con unos medios y técnicas de acción muy especiales, que le relacionan con el resto de protagonistas sociales en la arena de toma de decisiones. (Subirats, 1994)

Analizar políticas específicas, nos ayudarán a comprender mejor el Estado en acción, con un enfoque más contextual e histórico que considere el largo plazo y más comparativo dentro de cada país o entre países.

Este enfoque es relevante para el estudio de las políticas públicas, por cuanto considera las acciones y motivaciones de los diferentes actores individuales, y no sólo institucionales. Asimismo, considera la cultura política y las ideas, importantes por su influencia en la adopción o el rechazo de una opción política determinada.

- Orígenes y evolución:

Durante los sesenta y setenta de las teorías marxistas, de rational choice y funcionalistas por ejemplo, contribuyeron también a la disminución de los estudios de corte institucional, ya que entre otras cosas las instituciones políticas eran consideradas únicamente como los escenarios en los que se llevaban a cabo las diferentes disputas políticas, por lo que eran, o bien neutras políticamente, o meramente reflejaban las relaciones de poder existentes en la sociedad.

El Neoinstitucionalismo como tal surge hacia mediados de la década del ochenta del Siglo XX, como una especie de renacimiento de lo que había sido el institucionalismo clásico. Este último, fuertemente descriptivo y centrado en las comparaciones históricas de los marcos más legales y formales de las instituciones analizadas.

Así, en líneas generales se puede decir que para el Neoinstitucionalismo, dos son las cuestiones principales a tener en cuenta a la hora del análisis: a) cómo explicar el origen y la evolución de las instituciones; y b) el nivel de influencia que dichas instituciones tienen por sobre las preferencias individuales de los actores que intervienen en el proceso político analizado. En este sentido, un principio central del que parten los estudios neoinstitucionalistas es que las instituciones no son neutrales para los resultados de las políticas: las instituciones definen las reglas del juego político, dentro de las que se encuentran por ejemplo quiénes son aquellos que van a poder participar y bajo qué condiciones o con qué recursos se realizará dicha participación.

Dentro de los postulados teóricos principales del Neoinstitucionalismo, se puede señalar que desde este enfoque las instituciones son consideradas como el resultado de una construcción social esencialmente determinada por las preferencias individuales de los actores que intervienen en dicho proceso. Sin embargo, el elemento que se agrega es que una vez creada, la institución adquiere automáticamente autonomía de acción, y es en ese accionar que la misma termina influyendo también sobre la estructura y funcionamiento de los distintos

procesos políticos con los que se relaciona; rompiendo así la idea de que el Estado constituía una especie de “caja negra”.

A lo largo de este proceso puede identificarse la configuración de tres perspectivas de análisis institucional diferente.

II.3.1. Institucionalismo Racional El Institucionalismo Racional o de Rational Choice se fue consolidando casi que al mismo tiempo que el IH, pero de forma paralela a él. Este enfoque de análisis surge, a pesar de la clara base individualista de esta corriente, del reconocimiento de que prácticamente todas las actividades políticas se desarrollan en el interior de diferentes instituciones, y de ahí la necesidad de incorporarlas al análisis del comportamiento individual. Es por esta razón que buena parte de los trabajos sobre instituciones que pueden ser identificados como racionalistas han optado por trabajar sobre instituciones como los Gabinetes, las legislaturas o incluso las burocracias; aunque también se han ocupado especialmente de cuestiones tales como los sistemas electorales.

En este sentido, las instituciones son consideradas como espacio políticos dentro del cual pueden funcionar muchos actores interdependientes.

Hall & Taylor (1996) destacan cuatro características de este enfoque: a) parte del supuesto que los actores políticos actúan de forma netamente instrumental y estratégica; b) ven a la política como una serie de dilemas de acción colectiva; c) ponen gran énfasis en la importancia de esta interacción estratégica para los resultados de las políticas; y c) entienden al surgimiento de cualquier institución como un intento de mejorar y facilitar los términos de la cooperación. En este sentido, los actores tenderán a desarrollar prácticas de adaptación a los marcos fijados por las diferentes instituciones, ya que esa será la forma más racional de alcanzar de forma más eficaz sus objetivos. Bajo este esquema de funcionamiento del juego político, la racionalidad colectiva se puede alcanzar a partir de las racionalidades individuales que son adoptadas para convivir con las reglas institucionales existentes. (Peter, 2003)

II.3.2. Institucionalismo Sociológico Respecto al Institucionalismo Sociológico, el mismo también surge hacia finales de los años setenta del Siglo pasado, a raíz de la necesidad de romper con la dicotomía existente para explicar diferentes fenómenos entre visiones racionalistas y culturalistas. Partiendo de trabajos fundacionales como los de Max Weber, relativos a la supremacía de las estructuras burocráticas del tipo racional-legal dentro del

marco de las sociedades modernas, estos investigadores comenzaron a argumentar que muchos de los procedimientos y estructuras institucionales no respondían simplemente a cuestiones de eficiencia, sino que por el contrario, las mismas respondían a prácticas culturales específicas a determinadas sociedades. En definitiva, se parte de la convicción de que existe un vínculo directo entre los valores culturales de una sociedad u organización específica, y las e}structuras formales que en ese contexto se construyen. (Peter, 2003)

II.3.3. Institucionalismo Histórico: Finalmente, el Institucionalismo Histórico tiene como fundamento principal su atención analítica en "...los procesos de gestación y adopción de decisiones políticas en su evolución y secuencias históricas." (Farfán Mendoza, 2007). Este enfoque, surgido en la década del noventa en los Estados Unidos, tiene como uno de sus objetivos esbozar explicaciones de los distintos procesos políticos que analiza; partiendo de la premisa de que las instituciones y los distintos conjuntos de reglas formales e informales condicionan y determinan en gran medida el comportamiento de los actores políticos ya que no solo enmarcan las posibilidades de acción de los mismos, sino que además distribuyen los recursos existentes de una manera particular que beneficia a unos y perjudica a otros. (Sánchez de Dios, 2008)

Siguiendo otras conceptualizaciones del IH, de acuerdo a Pierson y Skocpol (2008), existen tres rasgos que caracterizan a los estudios de Institucionalismo Histórico en la Ciencia Política contemporánea: a) que abordan cuestiones amplias, de interés diverso – de hecho son la vertiente que utiliza la definición más amplia de "institución" –; b) le dan mucha importancia a la cuestión temporal, y de ahí gran parte de la originalidad del planteo, en el sentido de rastrear las secuencias de creación y transformación de un fenómeno determinado; y b) por último, analizan contextos macro en busca de efectos combinados entre las instituciones y los procesos analizados. Este enfoque, claramente se ha constituido en una fuerte alternativa a los enfoques más estructuralistas, que parten del supuesto de que la mera existencia de un conjunto de condiciones socioeconómicas o políticas debería determinar resultados bastante similares en diferentes regiones. (Mendoza, 2007)

Un claro ejemplo en este sentido, y relacionado con este trabajo, es el del surgimiento de los Estados de Bienestar en el mundo occidental industrializado, y las diferentes configuraciones que fueron adoptando dichos países a pesar de enfrentarse *a priori* a problemas sociales y condiciones estructurales muy similares sino idénticas. Estudios como

los realizados por Esping Andersen o Pierson son claros ejemplos de investigaciones que pueden ser enmarcadas dentro del Institucionalismo Histórico, y que dan cuenta justamente de algunos de los factores que explican caminos divergentes entre países que comparten ciertos factores estructurales. En esta línea, se puede decir que “...gran parte de la investigación en el Institucionalismo Histórico adopta un enfoque de nivel meso, concentrándose, por ejemplo, en los desarrollos de políticas de un área particular o cambios en áreas organizacionales.” (Pierson & Skocpol, 2008)

#### II.3.3.a. Elementos centrales del IH “clásico”

Diversos investigadores consideran al *Path Dependence* como un modelo de cambio institucional en sí mismo, pero independientemente de este hecho, sin dudas es el concepto central en este tipo de estudios. Por lo tanto, si partimos de dicha centralidad, se puede considerar al resto de conceptos como complementos o refuerzos de la noción de *path dependence*.

##### .- Path Dependence

Este concepto nació con la intención de explicar en un principio, la permanencia de determinados productos tecnológicos en el mercado, a pesar de estar desfasados respecto a las innovaciones que se iban produciendo. (Fernández, 2006)

En líneas generales por lo tanto, la noción de *path dependence* estaría aludiendo a la existencia de resistencias al cambio de parte de determinadas instituciones. Así considerado, este concepto por lo tanto puede ser perfectamente asimilado a los análisis provenientes de la ciencia política, en el entendido de que cualquier cambio o reforma institucional va a estar determinado por los diseños y opciones institucionales que se tomaron en primera instancia: hay entonces una dependencia de la trayectoria tomada inicialmente. “(Pierson, Increasing returns, path dependence and the study of politics, 2000)

##### .- Increasing return effect

Esta noción alude básicamente a las causas de la reproducción institucional. En este sentido, se está haciendo referencia a una serie de mecanismos que tienen las instituciones para reforzar su funcionamiento y poder continuar cumpliendo con sus cometidos. Se pueden identificar al menos cuatro procesos que contribuyen a esta idea de increasing return: en

primer lugar, aparece la idea de que los costos fijos asociados a la creación y consolidación de una institución cualquiera, son tan importantes que es bastante complicado sustituirla rápidamente por otra. (Fernández, 2006)

En segundo lugar, aparece una noción planteada por Pierson, *learning effects*, que pone el énfasis en el hecho de que pasado un tiempo de funcionamiento estable de una institución dada, los actores relacionados con la misma ya han generado y aprendido una serie de procedimientos y han fortalecido determinadas relaciones con el resto de integrantes que vuelven complicados los planteos de cambios radicales de dicha lógica. Es decir, pone el énfasis en los costos crecientes que existen para pasar de una opción a otra cuanto mayor sea el tiempo transcurrido desde la decisión inicial. (Pierson, *Increasing returns, path dependence and the study of politics*, 2000)

Tercero, aparecen consignados los problemas de coordinación. Cualquier institución o actor no realiza sus tareas de forma aislada, sino que se encuentra íntimamente relacionada con otros actores. Esto determina que cualquier cambio que se desarrolle dentro de una institución del sistema va a influir y alterar las relaciones con el resto de actores e instituciones. De ahí que cuanto mayor sea la dificultad para que el entorno se adapte a los cambios de la institución que pretende reformarse, mayores serán los costos y las presiones que la misma deberá enfrentar.

Finalmente, el concepto de *increasing return* se ve explicado en parte por las expectativas acerca de la reacción del resto de instituciones a los cambios que la propia institución va a llevar adelante. En cuanto a las características de los procesos de retornos crecientes, las mismas se pueden resumir en las siguientes (Arthur, 1994 citado en Pierson, 2000): a- su imprevisibilidad, debido a que los eventos tienen efectos de largo plazo y tiene incidencia el azar, los resultados pueden ser muy variados; b- inflexibilidad, cuanto más avanzado sea el proceso, más difícil será moverse a otro path; c- “todo cuenta”, porque incluso eventos accidentales no deben ser ignorados, ya que en el futuro van a intervenir en futuras decisiones; d- ineficiencia potencial del path, en el largo plazo, el resultado final que bloquea, termina generando menor rendimiento que las alternativas que puedan aparecer.

.- Lock in effect

Este sería de alguna manera el efecto de la noción de *path dependence*: alude a las inercias propias de un camino ya iniciado, y por lo tanto, a la dificultad que tienen los actores para salir de ese camino. Pero si el enfoque del Institucionalismo Histórico se quedara solamente en estos conceptos, estaría debilitando notablemente su capacidad analítica de las instancias de cambio institucional. Hasta aquí, todas las evidencias y secuencias de razonamiento parecen estar dirigidas a concluir que las instituciones son estables y que tienden a perpetuarse de forma incambiada a lo largo del tiempo. Si bien el Institucionalismo Histórico considera que esto ocurre así en líneas generales, no deja de reconocer que las instituciones cambian, se reforman e incluso a veces son sustituidas por otras. Para explicar estos momentos claves en el desarrollo institucional es que se recurre a *la* noción de critical juncture o coyuntura crítica.

.- Critical juncture

A lo largo de la historia de las instituciones, la mayoría del tiempo se caracteriza por situaciones de estabilidad, pero también existen momentos en los que dicha estabilidad se ve desafiada por alguna circunstancia particular que incorpora instancias de conflicto – que puede ser de diversa índole – que determina que se produzcan cambios en dichas instituciones.

El elemento que desencadena esta situación proviene en líneas generales del entorno político y social y generalmente consisten en instancias excepcionales como una revolución o un golpe de Estado. Son en esos momentos en los que se producen el tipo de decisiones que terminarán condicionando los desarrollos posteriores de manera determinante.

Desde el modelo de Path Dependence y equilibrio puntuado al que se viene aludiendo, el único cambio institucional propiamente dicho es aquel que implica un quiebre y reemplazo, al tiempo que aquellos movimientos incrementales que puedan aparecer son los que responden a la reproducción por adaptación. Pero justamente, se ha dejado evidencia, un tipo de cambio institucional que no es considerado por este modelo, y que es el referido a procesos de cambio que se van dando de forma incremental a lo largo del tiempo, pero que eventualmente llevan a un quiebre en la continuidad institucional.

## II.4. Tipos de cambio institucional gradual

II.4.1. Reemplazo o Displacement: Este tipo de cambio puede ocurrir o bien cuando nuevos modelos organizacionales se imponen poniendo en cuestión las prácticas existentes, o bien cuando a nivel político se producen cambios en el balance de poder existente entre los diferentes actores. Generalmente, a pesar de que un arreglo institucional particular pueda imponerse coyunturalmente, esto no implica de ninguna manera que no existan otras propuestas que de alguna manera desafíen o contradigan al arreglo dominante. Estas opciones se mantendrán de forma latente o con un impacto residual, hasta que se produzcan cambios en las lógicas de acción por parte de los actores, o de los actores que integran dicha institución.

Este reemplazo podría provenir desde dentro de la propia organización a través de este redescubrimiento de opciones; o bien puede ser resultado de una invasión de ideas a partir de la importación de prácticas o instituciones foráneas. Bajo esta lógica, podrían ser analizados algunos cambios de política pública en el contexto latinoamericano a partir de la influencia o la implementación directa de soluciones provenientes de los equipos técnicos de algunos organismos financieros internacionales como el Banco Mundial en el caso de muchas iniciativas de reforma del sector sanitario en la región durante la década de los noventa. Muchas veces, estos cambios de origen externo son promovidos por fuerzas endógenas que comparten los postulados pero que necesitan activar los cambios con ayuda externa. (Deeg, 2005)

En definitiva, para que los cambios exógenos puedan implantar nuevas ideas es necesario que ciertos actores del interior de la institución se vean potencialmente beneficiados por los nuevos arreglos, para que de esta manera siembren el terreno para el cambio.

II.4.2. Cambio por Capas o Layering Este tipo de cambio parte del reconocimiento del efecto lock in trabajado por Pierson y presentado aquí anteriormente: dado que efectivamente existen estos espacios tan resistentes al cambio, muchos actores con intenciones de reforma han aprendido a moverse alrededor de estas estructuras.

Si bien en el texto utilizado se habla de cinco tipos de cambio, el último tipo (agotamiento o exhaustion) en realidad hace referencia más a un quiebre institucional que a un cambio institucional.

Un claro ejemplo dentro de las investigaciones relacionadas con las políticas de bienestar es aportado por Hacker quien muestra para el caso de las pensiones en Estados Unidos como, ante la dificultad política para recortar el sistema público de pensiones, la opción tomada fue la de – sin tocar las características del mismo – ir expandiendo paralelamente las cuentas individuales y privatizadas. El crecimiento sostenido de este nuevo instrumento fue contribuyendo lentamente a la erosión de los apoyos hacia el esquema público. (Hacker, 2005)

II.4.3. Desvío o Drift. Debido a que la estabilidad institucional no es un proceso natural, sino que la misma se alcanza a través de continuos ajustes de mantenimiento o incluso recalibración, para poder hacer frente a los cambios en el contexto político y/o económico en el que las instituciones se insertan. Cuando esto no ocurre, se producen desfases entre los cometidos formales de las políticas o instituciones, y la realidad a la que deben hacer frente las mismas, produciendo el desvío de las mismas. Muchas veces, este tipo de cambios se produce sin necesidad de que existan maniobras implícitas, o también a partir de no decisiones, en el sentido de definir políticamente no intervenir en una nueva coyuntura o problema social. Muchas veces, la preocupación por evitar recortes

II.4.4. Transformación o Conversión: A diferencia del desvío o del cambio por capas, en la transformación de las instituciones las mismas nunca llegan a los niveles de decaimiento o deterioro de los primeros. En este caso lo que se produce es un redireccionamiento de los objetivos o funciones producido ya sea por cambios en el ambiente que llevan a una reorientación de los recursos, o bien debido a cambios en las relaciones de poder entre los actores involucrados o por el ingreso de nuevos actores. De alguna manera, la transformación institucional operaría con una lógica inversa a la asociada con el efecto lock in: aquí, los actores no adaptan sus estrategias a las instituciones existentes, sino que las instituciones se transforman para adecuarse a los nuevos intereses y objetivos de los actores. (Streek & Thelen, 2005)

II.5. Los actores que propician el cambio gradual de las instituciones Esta teoría del cambio institucional maneja como uno de los aspectos centrales la idea de obediencia o cumplimiento de las reglas institucionales. La necesidad de cualquier marco institucional de ser aceptado y respetado lleva a que el cumplimiento pase a ser considerado como una variable clave.

El aprovechamiento de estas libertades a la hora de interpretar las reglas tiene una gran relevancia ya que las mismas van a tener un impacto directo en la distribución de los recursos de poder entre los diferentes actores, y por ende, en la viabilidad o no de cierto tipo de cambios. Tomando este punto como válido, se torna necesario observar a los diferentes actores participantes en estos procesos de una forma más compleja a la que separa a los mismos entre ganadores y perdedores de un proceso determinado, ya que muchas veces las iniciativas de cambio no provienen necesariamente de los ganadores anteriores, sino que dicha separación se va difuminando con el tiempo. (Mahoney & Thelen, 2010)

Con la intención de generar una mejor conceptualización de los diferentes tipos de actores o agentes que pueden intervenir, e incluso facilitar los procesos de cambio, estos autores parten de que cada uno de los tipos de cambio institucional gradual teorizados por Streeck & Thelen pueden ser facilitados por la aparición de los siguientes agentes de cambio: Insurrectos, Simbióticos, Subversivos y Oportunistas. La inclusión o no de un agente de cambio en estas categorías se determina a partir de las respuestas a las siguientes preguntas: ¿El actor en cuestión pretende preservar las reglas institucionales existentes? ¿Dicho actor acata las reglas institucionales? (Streeck & Thelen, 2005)

De esta manera, los Insurrectos buscan deliberadamente eliminar las reglas o instituciones existentes y no acatan las mismas. Generalmente, este tipo de agentes de cambio se forma cuando un grupo de personas se ve sistemáticamente excluido o desfavorecido por múltiples instituciones que se refuerzan mutuamente. Un claro ejemplo podría ser el de los ciudadanos que se ven excluidos de los beneficios de las políticas de protección social existentes en una sociedad determinada. Cuando estos actores terminan imponiéndose en los conflictos, generalmente se termina en algún tipo de coyuntura crítica que busca instaurar rápidamente las nuevas reglas que favorezcan a este colectivo. Así, este agente de cambio está asociado a al cambio de tipo reemplazo. (Mahoney & Thelen, 2010)

En cuanto a los agentes Simbióticos, los mismos pueden ser Parasitarios o Mutualistas. Los Parasitarios son aquellos que explotan a la institución para beneficio propio, y dicho beneficio depende en gran medida de la eficacia de la misma. Generalmente, este tipo de actores aparece en contextos caracterizados por dificultades para hacer cumplir con las reglas, y por lo tanto no logran tener éxito cuando quienes apoyan a la institución logran cerrar el gap entre reglas y prácticas. En la vertiente Mutualista, la actividad de estos actores no

compromete la supervivencia de la institución: "...mutualist violate the letter of the rule to support and sustain its spirit..." (Mahoney & Thelen, 2010)

Los Subversivos, al igual que los Insurrectos, buscan reemplazar a la institución, pero a diferencia de los mismos, no ignoran las reglas sino que siguen las mismas y trabajan dentro de la institución, disfrazando sus preferencias. Este accionar se mantiene hasta que estiman que es el momento determinado para pasar a ejercer una oposición directa. Mientras tanto, estos agentes pueden promover ciertos cambios que promuevan nuevas reglas en los márgenes de las ya existentes, y por eso mismo es que estos actores están relacionados con el cambio por capas.

Por último, los Oportunistas son aquellos que no terminan por definir una posición respecto a la continuidad o no de la institución, e incluso: "...because opposing the institutional status quo is costly, they also do not try to change the rules." (Mahoney & Thelen, 2010) Es por esta razón que en caso de que este tipo de agentes sean los mayoritarios en una institución, lo más probable es que la misma se mueva con una gran dosis de inercia.

Es así, que los diferentes tipos de cambio institucional gradual se analizan en forma conjunta con sus agentes de cambio principales, a partir de la consideración de dos dimensiones: las características del contexto político (si el mismo posee posibilidades o puntos de veto fuertes o débiles) y las características de las instituciones en las que se producen estos cambios (niveles bajos o altos de discreción a la hora de interpretar o cumplir las reglas).



### 3. ESTADOS Y REGÍMENES DE BIENESTAR EN AMÉRICA LATINA.

El surgimiento y desarrollo del concepto de “ *welfare state* ” constituyen el origen de la mayor parte de las políticas contemporáneas.

Meny opinaba que ni los partidos, ni las elecciones, ni el juego parlamentario son capaces de explicar la prodigiosa explosión de las políticas públicas del Welfare State, por lo que en su análisis no sólo nos informan del ambiente socioeconómico, sino también sobre los cambios que se producen en la estructura y concepción del Estado. (Meny & Jean-Claude, 1992)

Es precisamente el Estado de Bienestar, el terreno en el cual se ha enriquecido los análisis de las políticas públicas, por eso, en esta investigación, utilizar el análisis de las políticas públicas vinculadas al Estado de Bienestar pretende explicar dos aspectos, o más bien lo que Meny llama dos preocupaciones: por una parte, analizar las causas y las modalidades del desarrollo del Estado de Bienestar; por otra, tratar de interpretar la crisis contemporánea que lo castiga.

Ante el crecimiento y mayor complejidad de la pobreza y la desigualdad, han cobrado especial relevancia las políticas públicas de bienestar, las cuales están íntimamente ligadas al Estado de Bienestar aunque no necesariamente son exclusivas de éste. Se establece tres tipos de interpretación, sin que ninguno excluya a la otra:

- Determinantes económicos o fiscales: Relación entre el aumento de la intervención del Estado y el desarrollo socioeconómico.
- Dimensión política y burócrata: Aunque no sea este el factor más decisivo en el análisis de las políticas públicas, siempre es valioso estudiar el papel desempeñado por las burocracias nacionales y sus funcionarios. Hay élites administrativas que abastecen permanentemente ideas, proyectos y reformas a las políticas.
- Preferencia a los aspectos ideológicos o culturales. Son importantes para interpretar el Welfare State, por ejemplo, las ideologías individualistas en USA, tales como libertad, igualdad y seguridad.

Para un enfoque más global, deben considerarse estos tres factores, pues son la fuerza motriz del desarrollo del Welfare State, se deben tratar de separar y definir las influencias recíprocas de los distintos determinantes entre sí (por ejemplo, los valores sobre los efectos organizativos). El enfoque también debe ser histórico y comparativo.

Una de las críticas más fuertes que ha recibido el Estado de Bienestar, es que sus políticas públicas no han eliminado las desigualdades que justificaban su creación y desarrollo, crítica que se fortalece ante distintas crisis económicas generando en distintos períodos el freno de su despliegue.

Es en ese punto, donde el análisis de las políticas públicas, se podrán observar propuestas radicales de reformas fundadas en una nueva filosofía de Estado, en ese sentido, desde la teoría de las políticas públicas, se establecen las siguientes dimensiones para concentrarnos en la identificación de la crisis: (Meny & Jean-Claude, 1992):

- Dimensión económica (Separación creciente entre demandas y recursos)
- Dimensión gerencial: Sobrecarga gubernamental
- Dimensión político-ideológica: Conciliación del Welfare State y la democracia

Sin embargo, como se explicó con el fenómeno de la globalización, las políticas macroeconómicas de los Estados son cada vez más dependientes de las políticas de otros Estados.

En la evaluación de las políticas del Estado de Bienestar, resalta actualmente, el análisis de las relaciones intergubernamentales, que son sustancialmente distintas en cada país, que por lo tanto en los estudios comparativos entre países, se debe tener la prudencia cuando se concluye sobre consecuencias políticas de un sistema a otro.

### **3.1. Estados de bienestar**

.- Definición del Estado de Bienestar

En la exploración de conceptos del Estado de Bienestar se ubican distintas definiciones que se han desarrollado según la perspectiva en que este se ha analizado, siendo las siguientes las que tendrá presente el alcance esta investigación:

El Estado de Bienestar no puede ser sólo comprendido en términos económicos o de los derechos sociales que éste concede. Debe también ser visto como la interrelación de las actividades del Estado con el mercado y la familia en la provisión social. Estos son los tres principales principios que deben ser considerados antes de cualquier especificación de la teoría del Estado de Bienestar. (Andersen, 2002)

Los Estados de Bienestar, es el conjunto de instituciones estatales proveedoras de políticas sociales dirigidas a la mejora de las condiciones de vida y a promocionar la igualdad de oportunidades de los ciudadanos en áreas como la educación, la salud, seguridad social y el empleo. Estas políticas sociales se caracterizan por una situación de cobertura o protección de las necesidades humanas y sociales principales de la población, por un lado, y un conjunto de actuaciones, formales y organizacionales, que llevan a esa situación de prestación social por el otro. (Roldan & García, 2006)

Los derechos sociales, seguridad de ingresos, igualdad y erradicación de la pobreza son demandas de un poder de movilización que persigue un estado de bienestar universal. Si los salarios se dejan en manos del mercado, estos serán inherentemente atomizados y estratificados, obligando a los trabajadores a competir, generando una inseguridad y dependencia de las decisiones y fuerzas que van más allá del control de éstos. Esto limita la capacidad de solidaridad colectiva y la movilización de las clases. (Sánchez, 2006)

El Estado de Bienestar es la única institución capaz de establecer medidas para corregir la desigualdad y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, no solo por su efecto positivo en la economía, sino por un argumento ético: la igualdad de los ciudadanos solo puede ser posible sobre la base del disfrute de la plena ciudadanía, lo que implica la extensión de los derechos sociales, y el acceso libre a unos servicios sociales universales que permitan el ejercicio de tales derechos.

En resumen, en el análisis del Estado de Bienestar debemos tener presente la interrelación del Estado, Mercado y Familia como proveedores de bienestar, pero a la vez la existencia de instituciones del Estado en proveer políticas sociales igualitarias y universales dirigidas a garantizar el derecho social de todos los ciudadanos al bienestar general y a permitir el logro de oportunidades de desarrollo humano. Por ello se considera al Estado de Bienestar como una institución reductora de desigualdades y pobreza al perseguir la justicia social del sistema.

### 3.2. Evolución histórica de los Estados de Bienestar (breve reseña)

La génesis de los Estados de Bienestar (welfare state) se origina en la procura social antes asumida por los concejos municipales o las iglesias, para lo cual se acude a los principios de su historia al Reino Unido cuando en 1834 con la Ley de la Pobreza (New Poor Law) se crea un sistema de ayuda a los pobres. El Reino Unido representaba una fuerte expansión económica en los albores de la época victoriana, por lo que la ley, en su fondo, trataba de limitar al mínimo los conflictos de carácter social por las condiciones de vida y de empleo de las clases más desfavorecidas.

En 1883, Alemania, desarrolla un moderno sistema de protección, con la aparición del sistema contributivo en el cual los trabajadores pasaron a ser considerados sujetos de derechos y obligaciones, y no pobres potenciales.

En este esfuerzo, resalta la propuesta de Otto von Bismarck quien promueve la estabilidad social y la legitimación del orden constitucional a través de las elites burocráticas y la racionalización administrativa. El elemento clave de esta propuesta es la obligatoriedad del sistema de seguridad social para consolidar y legitimar el sistema por parte de trabajadores, empresarios y servidores públicos.

De lo anterior se desprende, que el Estado de Bienestar es una " invención europea ", cuya característica más notable es el establecimiento (vía contributiva o fiscal general) de mecanismos obligatorios de solidaridad entre los ciudadanos. De hecho, en 1920, veintidós países europeos habían introducido programas de seguros de enfermedad.

De 1920 a 1930 ocurre la " Gran Depresión " en la cual Franklin Roosevelt en Estados Unidos de Norteamérica (USA) desarrolla programas sociales menos comprensivos y se da la carencia de un sistema nacional de salud pública. Al modelo de bienestar de EEUU se le ha considerado desde entonces un modelo de " mínimos "

Después de la Primera Guerra Mundial (Siglo XX) se produjo la generalización constitucional de los derechos sociales en el incipiente Estado de Bienestar. Por ejemplo, en 1941 en el Reino Unido, Beveridge proclama el principio de cobertura universal de la seguridad social para todos los ciudadanos con cargo al presupuesto general del Estado financiado por todos los contribuyentes.

Los informes de Beveridge se convirtieron en el manifiesto teórico del Estado de Bienestar, y en 1948 entró en vigor la mayor parte de la legislación social británica siguiendo las pautas de Beveridge (Seguridad social, mínimo de ingresos, política social que no sólo solucione los problemas existentes, sino prever riesgos, responsabilidad individual en el seguro social conciliado con la intervención del Estado, un sistema unificado de seguridad social - (Seguro social, Asistencia Nacional, seguros voluntarios) y el fomento del pleno empleo.

En esta época, Keynes aparece también con la teoría general, anteriormente señalada, la cual argumenta que el Estado es el garante de la estabilidad macroeconómica a través del mantenimiento de la demanda interna y crecimiento productivo de las economías nacionales. Su aplicación requirió de un consenso que facilitó el crecimiento económico. A partir de esta teoría económica, es que Esping Andersen, propone la denominación de "estado de bienestar keynesiano" o "capitalismo del bienestar", por la importancia que se le brinda al Estado en la economía. (Andersen 2002)

Pero además de este postulado, registra un largo proceso histórico en el que diversas variables: imposible justificación de la desigualdad, expansión de la democracia, demandas de los trabajadores, ineficiencia económica de la desigualdad en sociedades de consumo, lo que implica renta suficiente, desarrollo tecnológico y económico, estas variables intervinieron en lo que se denomina hoy el Estado de Bienestar contemporáneo. (Alemán & Fernández, 2006)

#### .- Modelos de bienestar

Los Estados de Bienestar se pueden clasificar por la generalidad de sus programas sociales, o sea, están aquellos donde domina el principio de universalidad de los mismos, es decir, todo ciudadano, por el mero hecho de serlo, tiene derecho a las prestaciones sociales independientemente de su situación socioeconómica. También están aquellos en donde prima el criterio de selectividad, esto es, las prestaciones van dirigidas a colectivos determinados y los beneficiarios potenciales deben probar su pertenencia a los mismos.

Los Estados de Bienestar, también se pueden distinguir por el rango de sus actuaciones, o sea aquellos que incorporan en sus programas amplias actuaciones en los ámbitos de la educación, sanidad, mantenimiento de rentas. Están también los Estados de Bienestar limitados, en donde la responsabilidad pública sobre el bienestar de los ciudadanos

se reduciría sensiblemente, excluyendo, por ejemplo, sanidad, o seguro de desempleo, o vivienda.

De este modo puede haber un mayor recurso a mecanismos de impuestos y transferencias, que simplemente, redistribuyan poder adquisitivo en la cuantía suficiente como para permitir que sean los individuos lo que, privadamente, cubran por cualesquiera métodos, las necesidades cuya cobertura el sector público quiere garantizar. Alternativamente puede existir una mayor presencia de producción pública de servicios, de forma que la cobertura de tales necesidades se haga directamente por el sector público.

Una aproximación más compleja y a la vez más reveladora para contrastar el grado de las diferencias existentes entre los distintos Estados de Bienestar es la resultante de estimar la intensidad del proceso de desmercantilización generado por las políticas sociales en distintos países. Es decir, se debe estudiar, hasta qué punto los ciudadanos de un país se pueden garantizar su reproducción social y alcanzar un nivel de bienestar razonable, sin depender de su participación activa en el mercado de trabajo.

Un mayor nivel de desmercantilización significaría también mayores posibilidades de subsistir cómodamente fuera del mercado de trabajo.

Considerando que los tres grandes productores del bienestar son: el Estado, el mercado y la familia, se han propuesto distintos modelos en los cuales distintos actores cobran especial relevancia y que se resumen a continuación: (Moreno, 2000)

**Cuadro No. 2**  
**Clasificación de Estados de Bienestar**

<b>Tipo de régimen</b>	<b>Características</b>	<b>Actor principal</b>
Anglosajón	Prestaciones públicas homogéneas. Asume que los ciudadanos adquirirán buena parte de sus servicios de bienestar en el mercado. Reino Unido.	Mercado
Escandinavo	Financiado por los impuestos generales. Principio de cobertura universal. La participación del mercado y la familia es comparativamente menor en la producción del bienestar. Países nórdicos.	Estado
Continental	Tiene su énfasis en el mantenimiento de ingresos de los trabajadores afiliados a la seguridad social. Concertación social en la producción del bienestar del ciudadano. Alemania	Concertación social
Mediterráneo	La familia se constituye como un actor esencial de micro- solidaridad complementaria de la acción estatal y de los servicios privados o no gubernamentales de producción de bienestar social. España.	La familia

Realmente, ningún estado de bienestar es un caso puro. Por ejemplo, los países escandinavos pueden ser predominantemente social democráticos, pero no están libres de elementos liberales cruciales. Asimismo, los Estados de bienestar liberales del mundo anglo-parlante consiguen restricción presupuestaria y el crecimiento del empleo al costo de bajo salarios y pobreza laboral, mientras que los regímenes conservadores, logran mayor igualdad en el mercado de trabajo, pero tienen las amenazas de altas y crecientes transferencias sociales y altos costos laborales no salariales.

### 3.3. Política social y Estado de Bienestar

#### Definición

Las políticas sociales son productos específicos de gobierno o cuerpos encomendados por gobiernos, es decir es una actividad eminentemente estatal. Estos productos se pueden especificar empíricamente, a través de una lista que habitualmente incluye el sostenimiento del ingreso, servicios de salud y servicios sociales, y a veces también educación, vivienda y políticas de empleo. (Gough, 2003)

Aunque no se puede negar que el desarrollo de la moderna política social no puede comprenderse plenariamente sin el influjo del pensamiento político socialista y el desarrollo del movimiento obrero sindical, en sus distintas variantes europeas, tampoco se podrá comprender sin el ascendiente que sobre tantos tratadistas políticos-sociales han tenido la Doctrina social católica, el paternalismo del pensamiento tradicionalista o, y más cercanos a nosotros, la crítica social de la economía política liberal o la divulgación de la mentalidad anglosajona del Social Welfare. (Alemán & Fernández, 2006)

La Escuela alemana de la Política social fue durante décadas el referente intelectual europeo para los estudiosos de la cuestión social, las instituciones de la reforma social y el ordenamiento socio laboral. La Política social germánica tiene un acentuado carácter estatista, mientras que la anglosajona es más bien una cuestión de gobierno. Se ha dicho a veces, con razón, que en Inglaterra no existe el Estado como tal, sino que es el Gobierno el ápice de la política.

#### - Distinción entre política económica y política social

Con el fin de distinguir a las políticas sociales de la política económica, se propone definir a las políticas sociales como las formas de intervención estatal en la esfera de la reproducción de la fuerza de trabajo y la familia, mientras que la política económica es la intervención estatal en la esfera de la producción. Es decir, la política económica está dirigida a las empresas económicas; las políticas sociales están dirigidas a los agentes de reproducción, es decir, familia y hogares.

Muchos autores convergen que en el Siglo XXI, será de valiosa importancia el apoyo a los sistemas públicos de bienestar, siendo necesario para ello la coordinación del Estado de la

política económica y la política social para incrementar el crecimiento económico y sobre todo social a partir de la inversión en capital humano.

.- Política social: ¿Estado o mercado?

Por lo general, se discute si la política social también debe corresponder al mercado, sin embargo, en rigor, el mercado es o, al menos, debería ser un instrumento de la política social estatal; así pues, los abusos del mercado-entre otros la mercantilización de los derechos-habrían de referirse más bien a la crisis del Estado. (Alemán & Fernández, 2006)

La libertad, la empresa privada, el individualismo debe apoyarse siempre y cuando sirvan a un objetivo fundamental, a saber: la reducción de la pobreza y las diferencias sociales. En ese sentido, aceptan el Estado de bienestar porque las familias, los individuos o el mercado por sí solos no pueden eliminar la pobreza. El mercado no puede por sí solo solucionar el bienestar de todos, también es peligroso que el Estado tenga en sus manos el monopolio del bienestar. El ideal sigue siendo una combinación mixta entre intervención privada, intervención pública y organizaciones sociales, que tengan una actuación conjunta desde un criterio de máxima descentralización.

Con independencia de la amplitud del concepto que de la Política social se maneje, es claro que la Política social siempre se ejecuta mediante instrumentos de naturaleza jurídica, pero sin dejar por ello de reclamar la conexión política y económica de aquella. (Alemán & Fernández, 2006)

.- Contenidos programáticos de las políticas sociales

A continuación se resumen algunos aspectos relevantes de los programas de bienestar característicos de las políticas sociales:

### La sanidad

En la sanidad se dan tres cuestiones distintas en su debate: los excesivos costes, la limitada cobertura de los seguros y los problemas presupuestarios que tiene el Estado para proporcionar asistencia sanitaria. (Stiglitz 2004)

La idea de que hay bienes y servicios, como la asistencia sanitaria, que deben suministrarse a todas las personas independientemente de su renta, se conoce con el nombre de igualitarismo específico.

En cualquier caso, una Política social con perspectivas de futuro debe hacerse eco de los grandes retos de las políticas sanitarias, entre los que cabría contar con la tendencia a la universalización de las prestaciones, (incluyendo inmigrantes y sectores socialmente excluidos), el rápido envejecimiento de la población o la cronificación de ciertas enfermedades que supone un importante volumen de gasto. (Alemán & Fernández, 2006)

### La seguridad social

En la seguridad social se atiende el pago de pensiones, y las prestaciones por desempleo, es decir, se caracterizan por proteger a sus beneficiarios contra determinados riesgos, labor que también lleva a cabo el sector privado.

En cuanto a la seguridad social, en varios países se comparten las siguientes características: (Rosen, 2002)

- La participación al mismo es obligatoria
- El acceso a los servicios y el nivel de prestaciones depende, en parte, de las contribuciones previas realizadas por los trabajadores y de las empresas.
- El pago de las prestaciones se inicia cuando tiene lugar un acontecimiento identificable, como el desempleo, la jubilación o la enfermedad.
- La seguridad social ha sido un éxito en la disminución de la pobreza, tanto de los ancianos, como en la población en general, igualmente es uno de los programas de gasto más importantes que además de la jubilación, contempla otras prestaciones para los trabajadores incapacitados y para los familiares independientes.

Pese a dichos aciertos, se dan cinco críticas contra la seguridad social:

- Contribuye a la crisis presupuestaria a largo plazo; lo que hace que se pierda confianza en el sistema de seguridad social.

- Alegan que la seguridad social reduce los incentivos para ahorrar y, por lo tanto, frena el crecimiento de la economía.
- Sostienen que reduce los incentivos para esforzarse.
- Generan una tasa baja de rendimiento, por lo que es una mala inversión.
- Contiene algunas injusticias en su concepción.

En cuanto a la reforma de la seguridad social hay dos grupos de propuestas: Una consiste en proponer una reducción del gasto y un aumento de los ingresos para equilibrar el presupuesto y la otra consiste en reformas más radicales: la privatización de la seguridad social, como la que se ha dado en Chile. En ese sentido, aún está por verse si la privatización será la única alternativa para superar el pasar los problemas de una generación a otra. (Stiglitz 2004)

### La educación

Este punto es sumamente importante, principalmente por dos grandes cuestiones económicas: la desaceleración de la productividad y el aumento de la desigualdad.

Muchos economistas y responsables de la política económica coinciden en que la mejora del capital humano – de las cualificaciones y de la experiencia de los trabajadores- podría ser la clave para mejorar el crecimiento de la productividad, y se considera que una buena educación es fundamental para alcanzar este objetivo.

En cuanto a la desigualdad, algunos argumentan que las personas que reciben títulos universitarios no sólo disfrutarían de una renta más alta sino que, además, subirían los salarios del mercado de trabajadores no cualificados, ya que descendería su número.

Sin embargo, la educación se ha agravado por ciertas tendencias de la economía, los pobres obtienen una educación primaria y secundaria insuficiente, por lo que no están preparados para ir a la universidad. Sin las cualificaciones necesarias, estas personas ganan un salario bajo, lo que se ven obligados a seguir viviendo en las zonas pobres continuando con el ciclo de pobreza.

Finalmente, la teoría del capital humano considera que las inversiones en las personas es semejante a la inversión en capital, cuanto mayor es la inversión, mayor su productividad.

### **3.4. Política Social, Estado de Bienestar y Régimen de bienestar**

En ocasiones, las expresiones " política social", " Estado de bienestar " y " régimen del bienestar" se utilizan como sinónimos, sin embargo, los especialistas consideran que no se refieren a las mismas realidades y los delimitan con precisión. El Bienestar social se relaciona con los valores, mientras que el Estado de bienestar con las decisiones políticas, económicas y administrativas que afectan a los ciudadanos y que se materializan a través de políticas sociales concretas. Todos los modelos de Estado de Bienestar tienen en común un modelo ideal de provisión de bienestar en el que el Estado acepta la responsabilidad de universalizarlo a todos los ciudadanos por medio de las políticas sociales. (Alemán y otros 2006)

Quiénes se posicionan contra las políticas sociales del Estado del Bienestar lo hacen por varias razones: (Alemán & Fernández, 2006)

- Un sistema público de bienestar otorga excesivo poder a los burócratas y profesionales, los cuales deciden el bienestar de los demás.
- Los gobiernos utilizan a determinados grupos desfavorecidos para que les sean políticamente útiles.
- Hurta el protagonismo a la misma sociedad que no puede vertebrarse a través de grupos de autoayuda y tejer redes de voluntariado social.
- Es ineficiente, aumenta excesivamente los mecanismos burocráticos y se apoya en criterios políticos y no económicos para distribuir la riqueza.

#### **.- Política social y globalización**

Aunque la política social constituye una política pública dirigida a establecer programas y lineamientos de desarrollo social, también cobra importancia creciente en una economía de mercado globalizada, sobre todo cuando se pretende reducir la pobreza y la desigualdad.

Y es que paralelamente a la globalización se han ido presentando fenómenos como la exclusión, entendida ésta la falta de reconocimiento efectivo de las titularidades (*entitlements*) y derechos sociales. La exclusión es el itinerario de la pobreza con dificultades de retorno a la "normalidad". (Moreno 2006)

Asimismo, otro fenómeno que se ha fortalecido con la globalización, son las nuevas formas de explotación, la cual se considera como aquellos individuos con poca o ninguna cualificación profesional, empleo en precario o sumergido, son los más idóneos para percibir salarios más bajos o mínimos. También, son los más vulnerables a quedarse en paro ante los vaivenes de la coyuntura económica y en las explotaciones sexuales y hasta el mismo fenómeno de la trata de personas. Los explotados están siempre expuestos a las posibilidades de despido, al nivel de paro y a las amenazas de la pobreza.

Ante el crecimiento de la pobreza y la desigualdad, los fenómenos de la exclusión y explotación, se constituyen en rasgos inevitables.

Conforme a distintos estudios, se ha concluido que el logro de menores niveles de desigualdad no depende de las posibilidades de crecimiento ni del seguimiento de un único modelo de relación con los mercados, sino de otras condiciones económicas y políticas y de los esquemas de políticas públicas aplicados como son aquellas con énfasis en la educación y el desarrollo de las empresas basadas en la tecnología de información. En este sentido, la reducción de la pobreza y de la desigualdad, dependerá de la efectividad de las políticas públicas sociales que se propongan los países más que del modelo de mercado, de esta forma el Estado de Bienestar también cobra especial participación en el contexto de globalización.

#### .- Los Estados de Bienestar ante la globalización

Existen pocas investigaciones que relacionen la interacción entre globalización y Estados de bienestar.

Touraine, planteaba que en la globalización se destaca la ruptura de la interdependencia entre el individuo y las instituciones modernas, sobre todo el Estado y el mercado. (Touraine, 1993)

Por ello, para algunos la globalización se habrá de entender, como una dimensión relacionada con la privatización de empresas y actividades públicas, además de la promoción del individualismo mercantil. (Alemán & Fernández, 2006)

Estas posiciones de la Globalización, plantean en el fondo serios desafíos para el Estado de Bienestar, que se resumen en la importancia de su adaptación a los nuevos problemas que presentan las nuevas estructuras sociales, especialmente las familiares y las laborales, donde los ciudadanos deben estar mejor capacitados para obtener trabajos cualificados y mayores oportunidades.

.- Perspectivas sobre el impacto de la globalización en los Estados de Bienestar

Existen tres perspectivas en relación con el impacto que la globalización tiene en los Estados de bienestar:

El mayor efecto de la globalización es el declive de la autonomía de los Estados Nación. Sugiere que las " economías devienen globales, pero las sociedades y comunidades se mantienen nacionales ". La globalización tiene que ser comprendida como un fenómeno económico, político e ideológico y no hay duda de que configura el Estado de Bienestar. (Mishra, 1998)

La segunda perspectiva defiende que la globalización tiene relativamente poco impacto en los Estados de Bienestar. Otros incluso llegan a describir que los Estado de bienestar son compatibles con el proceso, incluso son necesarios en el contexto de economías globalizadas de provisión de bienestar social y medidas políticas que contrarresten los efectos de los cambios económicos.

Estos autores argumenta que la erosión del Estado de bienestar es más el producto de los proyectos ideológicos gubernamentales que del impacto del proceso de globalización. Incluso Pierson defiende que los Estados de bienestar están cambiando simplemente como consecuencia de factores internos tales como la demografía, la tecnología, los cambios en la familia o los nuevos riesgos.

La solución consiste en renegociar, reestructurar y modernizar el Estado de Bienestar, no en desmantelarlo. (Pierson, *The new politics of the welfare state*, 2000)

La tercera perspectiva indica que la globalización está teniendo efectos sobre los Estados de Bienestar, aunque están mediatizados por las estructuras institucionales y las políticas nacionales. Es decir, esta perspectiva se centra en la globalización como factor exógeno, pero también los cambios nacionales en los Estados de Bienestar.

Estas perspectivas, lleva por tanto a la conclusión que los efectos de la globalización sobre los Estados de Bienestar sólo pueden ser evaluados adecuadamente mediante cuidadosas consideraciones en cada país, teniendo en cuenta lo que algunos autores consideran como elementos comunes en la interacción entre la globalización y todos los tipos de Estados de bienestar y que se citan a continuación: (Alemán & Fernández, 2006)

- Activación de políticas públicas como las dirigidas a la educación para que los ciudadanos puedan emplearse en el mercado de trabajo.
- Privatización de servicios de bienestar
- Recorte del gasto público
- Cobertura de servicios
- Reestructuraciones ideológicas que legitiman el Estado de Bienestar
- Políticas sociales para proveer de servicios a la población.

Contrario a los estudios realizados en el caso nórdico, sobresalen las siguientes fortalezas en términos de competitividad global:

- Consenso social
- Altos niveles de inclusión del conjunto de la población
- Altos niveles educativos y tecnológicos

En el caso de América Latina, se han iniciado una serie de estudios para conocer el impacto de la globalización los cuales se resumirán en el siguiente capítulo.

### 3.5. Regímenes de bienestar en América Latina.

Juliana Martínez, en su libro *Domesticar la incertidumbre en América Latina*, logra desarrollar un análisis riguroso de los regímenes de bienestar en América Latina, para lo cual se concibe el concepto "bienestar" como la capacidad de hacerle frente a los riesgos y la incertidumbre en un mundo cambiante y lleno de contradicciones. (Martínez, 2006)

Martínez concluye que América Latina está excluida de los beneficios de la globalización, región que requiere por lo tanto, más que un ejercicio democrático de construcción de políticas públicas para responder a estos riesgos e incertidumbres. Para ello, clasifica en la región, tres tipologías de régimen de bienestar, cuyas diferencias y convergencias obtenidas entre sí, permitirían una construcción de respuesta a los retos actuales.

Esping-Andersen, en los años 1990-1999, desarrolló una tipología de regímenes de bienestar para países desarrollados, dentro de la cual define la producción de bienestar, como la articulación de programas e instituciones de bienestar para asegurar a las familias contra riesgos sociales. Dentro de estos programas e instituciones, considera no sólo aquellas pertenecientes al Estado sino también las que están el mercado y las familias.

Además, señala que comprender los regímenes de bienestar y sus cambios en el tiempo, implica:

- Un diagnóstico de los cambios en la distribución y la intensidad de los riesgos sociales
- Un examen comprensivo de cómo esos riesgos son atendidos por el Estado, el mercado y la familia.

Estas tipologías desarrolladas para países desarrollados, han sido referente para algunos investigadores, en el análisis comprensivo de los cambios en la producción de bienestar en América Latina, incluyendo el estudio de la relación entre la protección social y el mercado de trabajo, así como la evaluación de los resultados de estos cambios.

No obstante, Barrientos considera en su artículo "América Latina: Hacia un régimen de bienestar liberal-informal" que diferente a los países desarrollados, los países de América

Latina se están sometiendo a una acelerada transición demográfica que se refleja en una combinación de bajas tasas de fertilidad y un aumento en la expectativa de vida. Pero en especial, la pronunciada caída de las tasas de fertilidad en América Latina es una de las fuerzas motoras detrás de estos cambios, ya que asegura un rápido envejecimiento de la población en la región en la primera mitad del siglo. ( Barrientos, 2008)

.- Antecedentes de bienestar en la región

De previo a señalar, las características y los países que conforman esta clasificación, es importante señalar algunos antecedentes en la región relacionados con el bienestar en América Latina, que señala Martínez y se detallan a continuación: (Martínez, 2006)

Sobre el bienestar en tanto capacidad para hacerle frente a los riesgos, a inicios de este nuevo siglo hay mucho que explorar en América Latina. La población vive nuevas y viejas incertidumbres y respuestas, señalando entre otros ejemplos, que nueva es la mayor autonomía de las mujeres y vieja es la carencia del acceso a la educación primaria y a los servicios básicos de salud.

La región atraviesa una crisis de los viejos modelos de protección social, pero también de los nuevos: en escenarios de crecimiento económico relativamente alto, aumenta fuertemente la desigualdad, y en escenarios de escaso crecimiento económico, se produce un brutal deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de la población.

Entre 1930 y 1950, el Estado latinoamericano cambió considerablemente, con posterioridad a la crisis del 29, emergía con fuerza un modelo de acumulación basado en la sustitución de las importaciones que requería de la capacidad de industrialización y de mayor intervención del Estado en la economía.

En términos de políticas universales, se trataba de promover una expansión del sistema de la educación pública, incluyendo la instrucción media y superior así como la creación de una red de salud pública subsidiada y/o provista directamente por el Estado y los servicios de infraestructura social básica regulados, subsidiados o gestionados directamente por este.

La región vive una profunda transformación que reclama con urgencia ser mejor entendida a partir de una visión que interprete las transformaciones recientes del Estado, pero

también la manera en que estos Estados reformados se relacionan con las familias, con las comunidades y, por supuesto, con los mercados laborales y de consumo.

Los cambios históricos, económicos y sociales no fueron homogéneos en la región y se dieron en tres velocidades de modernización: la temprana (como en Argentina, Chile, Ecuador, México y Uruguay), la acelerada (como en Costa Rica) y la tardía (como en Nicaragua y Honduras).

En los años sesenta y setenta, gran parte de la región vivió bajo dictaduras militares. La acción colectiva se reprimió y los cambios que tuvieron lugar en la política pública fueron parte del ámbito más reducido de los aparatos burocráticos. Algunas dictaduras como la chilena, dieron inicio a la liberalización de las economías, otras afianzaron el modelo de acumulación previo, como la brasileña.

Posteriormente, las respuestas que los gobiernos dieron a las crisis económicas de los ochenta, graduales o radicales, abrieron una bifurcación de rutas: una estatista –en Costa Rica y Uruguay– y otra liberal –en Argentina y Chile–.

Para superar los problemas de la crisis de los 80 se llegó al consenso, en primer lugar, que las dificultades fiscales y el freno al desarrollo económico de los años 80 se debían al fallido rol del Estado como agente central de asignación de recursos económicos y sociales. En segundo lugar, se consideraba que la política social del modelo desarrollista era demasiado costosa y que los objetivos previos a la reducción de las desigualdades y a la democratización social, debían ser reemplazados por una política social viable de bajo costo, principalmente dedicada al combate a la pobreza.

Como parte de las políticas de ajuste estructural definidas para superar la crisis en América Latina, hubo una pérdida de terreno del Estado frente al intercambio mercantil que paradójicamente ocurrió y continúa ocurriendo. Por su parte, los mercados laborales nacionales pierden importancia relativa, se da una crisis del empleo formal y surge el desempleo estructural, así mismo, persiste la pobreza y nace la "empleabilidad" como nueva dinámica de integración social.

La región asistió a una reorganización de los Estados quienes se retiraron de la asignación autorizada de los recursos basada principalmente en los derechos, pasando a otra

basada en la necesidad. Así, en el marco de las reformas en curso, en términos de políticas universales se promueve revisar las competencias públicas de la educación en favor de los procesos de descentralización, de salud en función de los nuevos cuasi mercados y de las competencias públicas en infraestructura social básica a favor de la descentralización de la gestión y de la privatización de los servicios públicos.

El desempleo constituye uno de los rasgos más sobresalientes de los mercados laborales de la región, al punto que los promedios ponderados regionales de desocupación urbana en el 2000 alcanzaron un 8,4%, nivel similar al que tenían en plena crisis de la década de los ochenta. (Sojo & Pérez, 2002)

Con excepción de Costa Rica, el desempleo ha aumentado más entre quienes tienen mayor nivel educativo. Mientras que el peso del desempleo es más alto en países con una modernización temprana como Chile o Uruguay, el de la informalización está más extendido en los países con modernización tardía como Nicaragua e incluso Costa Rica, con modernización tardía aunque muy rápida.

En América Latina los países con mayores tasas de participación laboral femenina son también los que presentan mayor fecundidad, menor escolaridad, mayor pobreza e informalidad en sus mercados laborales así como una menor inversión pública. Ejemplos de lo anterior son países como Bolivia, Guatemala, Ecuador, Nicaragua y Paraguay.

América Latina es una región de sociedades duales. En el 2002, el 44% de la población –220 millones de personas– vivía en condiciones de pobreza, de los cuales casi 100 millones eran indigentes. Es la región más desigual del mundo y cada uno de sus países es comparativamente más desigual, que el promedio mundial.

La población está desencantada con la democracia porque ha tenido escasos efectos distributivos. A su vez, el debilitamiento en el apoyo de la población a la democracia, reduce su capacidad para incidir positivamente en la distribución de los recursos. El escaso rendimiento de la democracia en la dimensión social de estas sociedades, amenaza la democracia misma y requiere repensar la política pública, finalmente, única herramienta para intervenir en estas tensiones.

En los noventa, a la vez que se restablecían los regímenes políticos democráticos en toda la región, se promovieron las reformas económicas del llamado Consenso de Washington. Una vez eliminada la intervención estatal, el intercambio mercantil promovería el crecimiento económico y distribuiría la riqueza a través del “efecto derrame”. En este marco, las políticas públicas atenderían las situaciones de carencia social más extremas. Más de una década después, destacados especialistas consideran que la inequidad hace más lento el crecimiento y que, cuanto mayor sea la pobreza, mayor deberá ser el crecimiento para poder reducirla

En América Latina, el bienestar ha sido recurrentemente interpelado por su ausencia o por su insuficiencia. Dos conceptos lo han traído frecuentemente al debate público: la pobreza implícitamente entendida como un estadio inferior del bienestar y la inequidad, explícitamente entendida como la inadecuada distribución de los insumos (por ejemplo años de educación) y capacidades (por ejemplo empleabilidad) socialmente deseables.

Es importante para esta investigación, retomar los conceptos de *mercantilización* y *desmercantilización*, que discute ampliamente Martínez en su libro:

En lo que corresponde a la “*mercantilización*”, las estructuras de mercado asignan recursos a partir del intercambio mercantil, por medio del cual las personas venden su fuerza de trabajo y compran bienes y servicios. Esta lógica requiere de los ingresos, los que a su vez dependen de la cantidad y del tipo de empleo que demande el mercado laboral (doméstico o transnacional), así como de la oferta que puedan hacer las personas según su educación formal, su experiencia y el tiempo que puedan destinarle al trabajo remunerado, entre otros factores. Ejemplos son los patrones de consumo que reflejan, casi de manera directa, el poder adquisitivo de cada persona.

Sin embargo, el intercambio mercantil no es el único –y para muchas personas ni siquiera el principal– mecanismo de asignación de recursos. Dicha asignación también se hace a través del Estado y definitivamente a través del trabajo no remunerado, especialmente el femenino, que tiene lugar en la familia.

Pero en el caso de América Latina, Martínez plantea la siguiente pregunta: “¿*qué ocurre cuando los mercados laborales no logran absorber y remunerar de manera adecuada a grandes contingentes de personas?*”.

Precisamente Esping-Andersen propone abordar la *desmercantilización* del bienestar como una especie de “efecto neto” del Estado en la estructura social, concretamente se refiere a la medida en que la intervención del Estado introduce grados de autonomía entre el intercambio mercantil y el manejo de riesgos. La desmercantilización se valora a partir de dos dimensiones: la magnitud de la inversión pública y los criterios de acceso a dichos recursos, sobre todo, cuando se trata de países europeos y norteamericanos con niveles altos de inversión social. En su lugar, los Estados de bienestar de los países en desarrollo tienen un doble papel: mercantilizar y desmercantilizar.

En esta discusión entre mercantilización y desmercantilización, no se discute que, hoy en día, el mercado ha desplazado al Estado del papel central que tenía en la construcción de la modernidad en América Latina. En términos de lo social, este desplazamiento se expresa, fundamentalmente, en la centralidad que ha adquirido el mercado de trabajo en las dinámicas de (des)integración social.

### **3.6. Clasificación de regímenes de bienestar en América Latina**

Barrientos considera que las características de los regímenes de bienestar en América Latina, hacen pensar que en la región existe un régimen común con considerables similitudes, no obstante, el trabajo de Martínez, logra clasificar tres tipos de regímenes en la región.

El estatal-productivista: En este tipo de régimen se ubican Argentina y Chile. Se refiere cuando las políticas públicas enfatizan sobre la formación del capital humano, como en Chile y Argentina, y existe un menor énfasis en la desmercantilización de la protección de los riesgos –claramente la seguridad social–. En este régimen, el Estado interviene en aquellas áreas que el mercado no resuelve o para aquella parte de la población, para la cual, el intercambio mercantil no es suficiente

El estatal-proteccionista: Aquí se ubican, Brasil, Costa Rica, México, Panamá y Uruguay. Se refiere cuando las políticas enfatizan la protección social. El Estado, en este caso, interviene aún en áreas que podrían tener el predominio del mercado –como la seguridad social– y para aquella población que no necesariamente se encuentra en condiciones de pobreza, como los sectores medios

El familiarista: Se ubican en esta tipología, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala y Perú. Este régimen tiene una capacidad mínima para absorber y remunerar adecuadamente su fuerza de trabajo. Los países de este conglomerado muestran el peor escenario: no son exitosos en mercantilizar el trabajo al mismo tiempo que la protección social y la formación del capital humano están desmercantilizadas de manera mínima o intermedia. Por ejemplo, en materia educativa, la mercantilización es la segunda más alta después del régimen estatal-productivista pero los salarios son los más bajos. Esto quiere decir que en el régimen familiarista la población depende, en mayor medida, de los ingresos y además tiene muchas más dificultades para obtenerlos que en otros regímenes. En los países con régimen familiarista más de la mitad de la población está en condiciones de pobreza.

Pese a dichas tipologías, Barrientos, señala que caracterizar los regímenes de bienestar en América Latina en términos de Esping-Andersen es imposible sin referirse a la segmentación en la producción del bienestar y particularmente la presencia de un gran segmento informal, de hecho, concluye que el régimen de bienestar podría ser caracterizado como informal-conservador, ya que el componente informal es el gran segmento de la población que dependen principalmente de las familias y los mercados de producción de bienestar.

Como se ha explicado anteriormente, América Latina ha tenido cambios fundamentales y reformas que se dan a partir de los 1990, que se originaron por la aguda crisis económica que sufrieron las economías de la región en los 1980 y principios de 1990, así como las reformas estructurales que estas provocaron.

Las reformas estructurales fueron consistentes con el liberalismo, estabilización macroeconómica, privatización y la liberalización del mercado laboral y de capitales. Se pasó de la sustitución de importaciones al crecimiento de las exportaciones. Se redujeron las barreras previniendo la integración de las economías de la región en una economía global. (Barrientos, 2011)

Barrientos indica que estas reformas estuvieron unidas a la reestructuración extensiva del empleo y generando de hecho, la de-regulación del mercado laboral, en los cuales resultó un aumento de los niveles de pobreza y desigualdad, situación que se hace más difícil aún ante los esfuerzos de la estabilización macroeconómica y la presión de los organismos

internacionales, por reducir el aumento del déficit fiscal, los cual a la vez presionó sobre los programas de bienestar existentes.

Estas reformas afectaron 3 componentes en la producción estatal y privada del bienestar: (Barrientos, 2011)

- Seguridad social
- Protección del empleo
- Provisión pública de la salud y la educación.

En el tema de la educación y la salud, la provisión pública ha estado restringida a la primaria y secundaria y la provisión de salud para grupos de bajo ingreso y adultos mayores.

En el estudio de Barrientos, señala que en materia de salud, los gobiernos de la región han enfrentado una cuasi-mercado permitiendo proveedores a cargo directamente de diferentes grupos (aquellos con seguro privado, aquellos que afiliados a la seguridad social y pobres subsidiados por el gobierno) aunque además indica que los gobiernos mantienen la responsabilidad de la política de salud, la medicina preventiva, la educación en salud y el financiamiento de la salud primaria para los pobres y los que no están asegurados. (Barrientos, 2011)

Por ejemplo, señala que en Colombia las reformas de 1995 crearon los EPS (Entidades de promoción de salud) y en Argentina, en el año 2001, se creó una legislación que brinda a los trabajadores la opción de afiliación con proveedores privados de salud.

Es decir, las reformas del sistema de salud en América Latina han resultado en la expansión de seguros privados de salud y de la provisión de cuidado, fortaleciendo subsistemas de seguridad social y privados, con proveedores generalmente focalizados en la clase alta y media así como el desarrollo de un mercado de instituciones financieras y aseguradoras que promueven la modernización de los mercados financieros de salud.

La provisión de servicios, ha abierto una competencia entre los proveedores públicos y privados en la región.

Lo anterior refuerza aún más la tesis de Barrientos en el sentido de que el incremento del mercado de la producción de bienestar en América Latina constituye un firme cambio hacia un régimen liberal de bienestar, que al adolecer la región de una importante red de seguridad, podría asegurarse que emerge un nuevo régimen liberal-informal.

Otro dato importante que señala Barrientos, es que pese que a partir de 1990 se registra un aumento en el gasto público de la educación y la salud, el mismo no se considera suficiente para enfrentar la aguda segmentación y la desigualdad y la calidad de la provisión de dichos servicios, lo que resume que el cambio en el régimen de bienestar en América Latina en los 1990s no ha producido una mejora en la capacidad para asegurar los riesgos sociales en ese mix de bienestar (privado-público).

En ese contexto, las desigualdades de ingreso y el aumento de la heterogeneidad de los riesgos sociales contribuyen a facilitar cambios en el régimen mixto de bienestar.

---

#### 4. LOS SISTEMAS DE SALUD: TIPOLOGÍAS Y TRANSFORMACIÓN.

##### **4.1. Los factores determinantes de la salud.**

La salud es esencial para la vida y el desarrollo personal. El nivel de salud de un país es el indicador clave de su bienestar, nivel de desarrollo, cohesión social, etc. Un buen nivel de salud es la consecuencia del desarrollo social y económico, pero al mismo tiempo éste solo es posible si hay salud como demuestra la historia y, en la actualidad, el freno al desarrollo como el caso del SIDA en África. Por su importancia, la salud ha estado siempre de una forma u otra en el centro de las actividades colectivas, es decir de la política.

El objetivo fundamental de las políticas públicas de salud es su protección y promoción, la prevención de las enfermedades y el acceso a los servicios de salud. Prácticamente, no hay política pública alguna que no tenga un impacto en la salud de la población de uno u otro modo. De hecho son muchas las políticas no sanitarias cuyo objetivo es precisamente la protección de la salud en sectores tan diversos como fiscalidad, seguridad social, transportes, agricultura y alimentación, medio ambiente, urbanismo, educación, etc. Esto es así porque la salud-individual y colectiva- está determinada por todo lo que nos rodea, de modo que, las políticas de salud son por definición intersectoriales (implica a múltiples sectores de la sociedad) y no sólo al sector salud. En efecto, históricamente nada ha contribuido tanto a la mejora de la salud individual y colectiva como la política social y, al mismo tiempo, pocas políticas tienen un contenido tan social como las políticas de salud.

Por ello es importante, situar la política de salud en un contexto más amplio de las políticas públicas; a partir de determinantes de salud-enfermedad y su interacción con otras políticas sociales.

Salud y enfermedad son conceptos íntimamente unidos. No existe una definición universalmente aceptada y operativa de "salud", pero es preciso conocer la definición clásica de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS): "un estado de bienestar físico, psíquico y social, tanto del individuo como de la colectividad".

El principal mérito de esta definición es superar la idea de salud como mera ausencia de enfermedad y buen funcionamiento biológico, e incorpora su dimensión social. No obstante es poco operativa al ser el bienestar difícilmente cuantificable y por ello,

---

paradójicamente el estado de salud de las poblaciones generalmente, es medido con indicadores de falta de salud: de enfermedad (morbilidad) y sobre todo, de mortalidad.

El marco conceptual de los determinantes de salud permite agrupar y analizar, los múltiples factores que determinan la situación de salud-enfermedad, tanto de individuos como de grupos sociales.

Es un hecho innegable, y abrumadoramente documentado, que la pobreza, en todas sus manifestaciones y formas, es la primera causa de enfermedad en todos los lugares. Por ello, históricamente, la lucha contra la pobreza ha sido y es la mejor forma de mejorar la salud, de individuos y poblaciones, al ser en conjunto con los factores socioeconómicos, el determinante más decisivo sobre el nivel de salud-enfermedad de individuos y grupos sociales.

Por su propia dimensión, los servicios sanitarios tienen en todas las sociedades modernas una extraordinaria importancia social, política, económica y científico-técnica, siendo uno de los sectores más dinámicos.

- El factor determinante de las desigualdades socioeconómicas en salud

Al estar determinada la salud por condicionantes socioeconómicos (renta, educación, medio ambiente físico, etc.), distribuidos desigualmente en la sociedad, dan lugar a desigualdades socioeconómicas en salud, tanto a nivel individual como en grupos sociales.

Si bien la pobreza es la primera causa de enfermedad y muerte en todos los lugares, las desigualdades sociales tienen su propio impacto negativo en la salud.

Las desigualdades socioeconómicas en salud tienen un papel especialmente importante en la política social y de salud, por tres razones fundamentales:

Por ser ética y moralmente más intolerables que cualquier otra desigualdad, debido a la especial sensibilidad y consideración que tiene la salud, ligada a los sentimientos más elementales de equidad y solidaridad humana.

Por constituir un indicador de gran valor para conocer todas las demás desigualdades socioeconómicas.

---

Por ser una guía insustituible para la política de salud pública y, en general las políticas de justicia social.

Es decir, la salud no es, única, ni fundamentalmente, un fenómeno biológico; es en gran medida, el resultado de condiciones ambientales y socioeconómicas en las que se desarrolla la vida de las personas. Por ello, la política de salud, entendida como la acción pública dirigida a promover y proteger la salud, debe ser uno de los aspectos prioritarios de las políticas públicas en el cual, su función es combatir las causas sociales de las enfermedades, proteger la salud de la población, y ofrecer servicios de salud sostenibles y eficaces, con criterios de equidad, universalidad y solidaridad.

#### **4.2. Los sistemas de salud.**

Se definen como el “ *Conjunto de organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo, primordial es proteger y mejorar la salud*” (OMS, Informe 2000). Si bien el núcleo y la parte más importante de los sistemas de salud son los ministerios de sanidad y las organizaciones que de ellos dependen, la complejidad de las sociedades modernas hace que muchos dispositivos públicos (y privados) cuyo objetivo fundamental es la protección de la salud, estén fuera del ámbito de los ministerios de sanidad, ej.: agua potable, seguridad alimentaria, seguridad vial, salud ocupacionales etc.

El objetivo central de los sistemas de salud es proteger la salud y poner a disposición de la población los servicios preventivos, de curación y cuidados, necesarios en caso de enfermedad. En estas funciones se pueden diferenciar dentro de los sistemas de salud dos grandes áreas, ambas íntimamente relacionadas:

- Servicios de salud pública: Dirigidos a población en general o a grupos colectivos específicos, cuya función primordial es la protección y promoción de la salud pública y la prevención de enfermedades y lesiones;
- Servicios de Salud: dirigidos a los individuos y cuyo objetivo fundamental es diagnosticar, tratar, cuidar y prevenir y rehabilitar.

Los Servicios de Salud Pública son tan esenciales en las sociedades modernas que pasan desapercibidos, excepto en las situaciones de crisis en las que desplazan de la agenda política y social cualquier otro tema de actualidad (SIDA, vacas loca, etc.)

Las sociedades modernas son posibles por la existencia de un alto nivel de protección de la salud (higiene, ambiental, agua y seguridad alimentaria), sin el cual tampoco serían sostenibles los servicios de salud personales, desbordados por enfermedades y lesiones.

Las funciones de la Salud Pública incluyen actividades tales como:

- Protección de la salud a través de normas que regulan todos los bienes y servicios susceptibles afectar a la salud.
- Promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Vigilancia epidemiológica e información sanitaria
- Planificación de recursos y servicios
- Investigación de los problemas de salud.

Por su parte los servicios sanitarios personales absorben la inmensa mayoría de los recursos sociales dedicados a salud y por ello constituyen el objetivo principal de las políticas sociales relacionadas con la salud. Su importancia viene determinada, en primer lugar por el valor de la salud como condición básica para la vida, pero también por ser un sector clave de las economías avanzadas pues emplea en algunos países a casi el 10% de la población, y utiliza entre un 8% y más de 14% del PIB.

Los servicios sanitarios modernos son el resultado de múltiples factores; de ellos, unos son comunes a todos los países (avances científico-médicos) y otros muy específicos de cada país (historia, cultural, desarrollo socioeconómico y político, las tradiciones de sus profesionales de salud, etc.)

#### **4.3. Tipologías de Sistemas de Salud: Dimensiones y transformación**

Como se estableció al principio de esta investigación, el análisis específico y profundo de un campo en exclusiva, enriquece el análisis de las transformaciones del Estado de

---

Bienestar, razón que nos lleva al análisis de los grandes retos de la política sanitaria y de sus sostenibilidad financiera en el futuro.

En el estudio de la literatura que gira alrededor de este tema, se analizó un marco conceptual comprensivo que permite el análisis de los sistemas de salud y sus transformaciones, realizado por Wendt & Co, en el cual se distinguen tres dimensiones importantes en los sistemas de salud: (Claus Wendt 2009)

- Financiamiento
- Provisión de servicios de salud y
- Regulación (o gobernanza)

Dentro de estas dimensiones, la investigación enfatiza que no sólo el Estado es responsable de estas tareas sino también la sociedad civil y los actores privados:

- El Estado
- Las organizaciones no gubernamentales y el
- Mercado

El aporte del estudio permite la posibilidad de comparar políticas de salud combinando estas tres dimensiones ante la presencia o ausencia de los actores citados. Igualmente, permite analizar los cambios que se han dado en el tiempo en los sistemas de salud.

### **.- Tipologías de sistemas de salud**

En 1973, Field había sugerido 4 modelos: (Field 1973)

- El sistema de salud pluralista con un grado de servicios privados de salud y un gran pacto de autonomía para la profesión médica.
- El sistema de seguridad social con un alto financiamiento de cuotas del patrono y el trabajador y una fuerte autonomía de los médicos.

- 
- El sistema de servicios de salud donde la mayoría de las facilidades se ofrecen por el Estado en combinación con un alto grado de autonomía profesional
  - El sistema social de salud donde las facilidades son ofrecidas y controladas por el Estado.

A principios de los años 90, Schieber, obtiene como resultado de sus estudios, la separación de los sistemas de salud en tres dimensiones: Cobertura, Financiamiento y Propiedad que se describían básicamente en: (Schieber 1990)

- El servicio nacional de salud con una cobertura universal, financiado en general por impuestos y la propiedad pública de la provisión de los cuidados de salud.
- El seguro social con una cobertura universal financiado por la contribución social, con una provisión pública o privada
- El seguro privado con un seguro de cobertura privado, financiamiento privado y propiedad privada de la provisión de los servicios de salud.

De las tipologías analizadas en esos años, se discutió generalmente dos aspectos en común que parecían los más relevantes: El financiamiento y la propiedad. Mientras por el lado del financiamiento se estudiaba en términos de impuestos, contribuciones del seguro social y contribuciones de seguros privados, la provisión de los servicios de salud por otro lado, estaba separado solamente entre la propiedad pública o privada. Sin embargo, posteriormente, se consideró la propiedad privada de las organizaciones no gubernamentales (base-sociedad)-

Estudios comparativos más recientes, señala Wendt, han ido más allá con criterios que permiten clasificar los sistemas de salud, por ejemplo, con relación a autonomía profesional o la base de los derechos y la relación de cobertura, igualmente se comienzan a discutir los sistemas de salud en un contexto más general de regulación y gobernanza.

Morán, desarrolla en el año 2000, una estructura más comprehensiva de las tipologías discutidas en años anteriores, la cual ofrece el mayor nivel de abstracción, es decir, generaliza

---

y como tal sugiere tipos ideales que reflejan a menor grado ejemplos reales de servicios nacionales de salud, seguridad social, o seguros privados.

El analizar las dimensiones de financiamiento y provisión de servicios (que son considerados cruciales para la mayoría de las tipologías), combinadas con la dimensión de regulación, evita el estudio único de una dimensión en aislamiento así como permite tener presente los actores: El Estado, las organizaciones no gubernamentales o el mercado. Mientras la primera de las dos dimensiones permite análisis cuantitativos, la dimensión de la regulación no podemos analizarla sin las relaciones entre agencias de financiamiento, proveedores de servicio, beneficiarios, es decir, sus análisis será más cualitativo.

Estudio de las dimensiones de los tipos de sistemas de salud.

#### **4.4. Dimensiones del Sistema de Salud.**

Esencialmente, hay tres responsabilidades en salud: (Claus Wendt 2009)

- El financiamiento de los servicios de salud a través de impuestos, contribuciones de la seguridad social o medios privados.
- La provisión de servicios los cuales pueden ser llevados a cabo con facilidades del Estado, de las organizaciones no gubernamentales o los actores privados.
- La regulación de estos actores en los aspectos de financiamiento y provisión.

Estas son las dimensiones claves para diferenciar grupos de actores que pueden exhibir numerosos roles y niveles de compromisos del Estado, la sociedad y los actores privados quienes tienden a coexistir en estas tres dimensiones.

##### **A) Financiamiento**

La cuestión del financiamiento ha sido tocada siempre como una parte prominente de la clasificación de sistemas de salud, por lo que ha llegado a estar en primer plano siempre

---

que se realizan los análisis de los sistemas de salud. El financiamiento se clasifica, generalmente, de la siguiente forma:

- Impuestos
- Contribución de la seguridad social
- Contribuciones privadas

Por tanto, se concluye que los impuestos, contribuciones de la seguridad social y los recursos privados son tres distintas formas de financiamiento, aunque en general, la combinación de estas tres se dan en los distintos sistemas de salud, no obstante, una tendencia a una dirección u otra, hace posible distinguir entre tipos de financiamiento predominantes.

### **B) Provisión de servicios**

Aunque la principal función de los sistemas de salud es cuidar a sus pacientes, la provisión de servicios de salud ha sido sistemáticamente dirigida a ser una clave dimensión en las investigaciones comparativas de sistemas de salud. (Claus Wendt 2009)

La provisión puede ser clave en el estudio de la propiedad de los establecimientos de salud y la orientación de los ingresos que la originan, en los cuales el Estado y el Sector Privado son fácilmente distinguibles. El Estado, por ejemplo, tiene mayor preponderancia en la propiedad de hospitales, mientras que el sector privado domina los servicios ambulatorios, aunque la existencia de hospitales privados sin fines de lucro existe en numerosos países, por lo que la provisión de servicios de salud puede ser relevante también por parte de las organizaciones no gubernamentales.

### **C) Regulación**

El concepto de regulación puede ser aplicado tanto al Estado, como también a la propia regulación por parte de los actores no gubernamentales y a la regulación de los mecanismos del mercado. (Majone 1997)

Con relación a los sistemas privados de salud, el mercado emerge como una fuerza clave en la asunción de responsabilidades en esta materia, aunque difícilmente se observa un estilo de mercado puro en la provisión de servicios de la salud.

La dimensión de la regulación es claramente la más compleja de las tres dimensiones en el marco analítico de este estudio. Preguntas como quien está predominantemente regulando salarios, el acceso a los servicios o el acceso al paquete de beneficios, nos llevaría a conocer distintos modos de regulación en diferentes áreas del sistema de salud.

La pregunta pertinente es quien está a cargo de la regulación y controlando las relaciones entre las agencias de financiamiento, la provisión de los servicios de salud y sus potenciales beneficiarios. Diferentes ejemplos demuestra que un análisis de esta pregunta de quién está regulando el sistema de salud es más difícil de contestar que los estudios del financiamiento o de la provisión de servicios.

La regulación en el campo de la salud existe para asegurar tasas uniformes y beneficios a toda la población. Analistas y economistas han producido un gran campo de la literatura sobre las ventajas de la competencia del mercado versus un único sistema. El mercado provee mejor eficiencia y calidad donde la información sobre el consumidor es otra característica esencial para asegurar una efectiva competencia en los mercados de la salud. (Paris 2010)

La estructura del mercado es otra característica importante para la competencia, es decir, ¿qué servicios concentra en la salud? ¿Atención primaria? ¿Hospitalaria? Y otras.

Igualmente, en la Regulación, las intervenciones del sector público se dan mediante políticas que han sido implementadas para asegurar la cobertura de los casos de alto riesgo o bajo ingreso, en especial, donde la cobertura no es automáticamente provista a todos los ciudadanos a través de los sistemas de salud nacional o local.

Igualmente, se emiten políticas de protección contra el excesivo pago de bolsillo, sea por el estado grave de salud o de alto riesgo que represente el paciente, sobre todo cuando se pueda estar generando un gasto catastrófico, es decir, cuando estos pagos son más grandes o igual al 40% de los ingresos de subsistencia de un hogar.

.- Relaciones entre agencias de financiamiento, proveedores de servicios y (potenciales) beneficiarios.

Entre (potenciales) beneficiarios y agencias de financiamiento:

(a) Cobertura: La inclusión de (partes de) la población en los sistemas de salud público o privado.

(b) Sistemas de financiamiento de la salud por impuestos, contribución de la seguridad o contribuciones de seguros privados y gastos de bolsillos.

Entre las agencias que financian y proveedores de servicios:

(c) Sistema de remuneraciones en los proveedores de servicios

(d) Acceso a los (potenciales) proveedores en el mercado y acceso de estos a las agencias de financiamiento.

Entre proveedores de servicios y los (potenciales) beneficiarios:

(e) Acceso de los pacientes a los proveedores de servicios de salud.

(f) Paquete de beneficios: El contenido y rango de servicios ofrecidos a los pacientes.

#### **4.5. Clasificación de tipos de Sistemas de Salud**

Tomando en cuenta las dimensiones de Financiamiento, Provisión de Servicios, Regulación y los actores Estado, Sociedad y Mercado, se resumen 27 distintos tipos de sistemas de salud basado en un rango de variedades que emergen desde esas dimensiones.

De estos 27 tipos, tres ejemplos pueden ser los ideales que pueden ser identificados con características uniformes en todas las dimensiones de salud:

- Sistemas Estatales de Salud: El financiamiento, la provisión de servicios y la regulación son llevados a cabo por instituciones y actores del Estado.
- Sistema de salud social: En los cuales los actores sociales tienen la responsabilidad de financiar, proveer y regular.

- 
- Sistema de salud privado: Las tres dimensiones las auspician los actores del Mercado

#### **.- Clasificación de los sistemas de salud**

Tipo ideal. Sistema Estatal de Salud (Modelo Nacional de Salud): Estado, Estado, Estado.

Regulación – Financiación - Provisión

Estado basado en una mezcla tipo:

- Estado basado en una mezcla tipo Estado, Estado, Privado
- Estado basado en la mezcla Estado, Societal, Estado
- Estado basado en la mezcla de Estado, Privado, Estado
- Estado basado en la mezcla de Societal, Estado, Estado
- Estado basado en la mezcla de Privado, Estado, Estado
- Sociedad mezclada con Estado, Societal, Societal
- Sociedad basada en la mezcla, Societal, Estado, Sociedad
- Sociedad basada en la mezcla, Sociedad, Sociedad, Estado

Tipo ideal: Sistema societal de salud (Sistema de Seguridad Social): Societal, Societal, Societal.

Regulación – Financiación - Provisión

- Sociedad basada en la mezcla de Societal, Societal, Privado
- Sociedad basada en la mezcla Sociedad, Privado, Sociedad:

El sistema de salud costarricense se financia de cotizaciones tripartitas entre empleadores, trabajadores y el Estado, cada asegurado cotiza para una salud integral como

---

derecho indivisible velado por la constitución y las leyes del Estado. Se diferencian tres regímenes de seguridad social administrados por la CCSS: 1) el régimen del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), 2) el de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), y 3) el No contributivo.

El SEM, cubre las siguientes prestaciones de atención integral a la salud:

- a) Acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación
- b) Asistencia médica especializada y quirúrgica
- c) Asistencia ambulatoria y hospitalaria
- d) Servicio de farmacia para la concesión de medicamentos
- e) Servicio de laboratorio clínico y exámenes de gabinete
- f) Asistencia en salud oral
- g) Asistencia social, individual y familiar.

Este régimen cubre al asegurado directo y a los familiares que dependan de su aporte (esposos(as), padres, hijos, y otros dependientes que convivan con él).

El régimen No Contributivo provee:

- a) aseguramiento para las personas y sus familiares que no cotizaron al sistema por su condición de pobreza o discapacidad, ofreciendo las prestaciones ordinarias del paquete de atención integral del SEM,
- b) prestaciones monetarias para las familias con casos de parálisis cerebral profunda.

Este régimen no contributivo lo aporta el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares que recauda el 5% de las planillas de las empresas y de las instituciones del Estado.

Es así que el sistema de salud costarricense que está basado en la seguridad social, muestra a partir de la década de 1990, tendencias importantes de crecimiento en la

---

financiación privada, por medio de pago de bolsillos, financiación que podrá aumentar, con la apertura de seguros de salud que se estableció en el Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos de Norteamérica.

Igualmente, la provisión de los servicios, muestra un crecimiento importante en el mercado, con la aparición de laboratorios especializados, clínicas privadas, hospitales y universidades privadas de la medicina.

Esta tendencia es principalmente causada por los altos tiempos de espera para obtener el acceso a exámenes, valoraciones de especialistas, pruebas diagnóstica y cirugías, problemas de calidad que disminuyen la fidelidad al sistema de la seguridad social actual.

El rol del Estado es menor en la regulación, en comparación con los sistemas nacionales de salud, donde el mercado ha crecido significativamente mientras la CCSS intenta salir delante de sus problemas de financiación y de gestión.

- Sociedad basada en la mezcla de Privado, Sociedad, Sociedad
- Privado basado en la mezcla Estado, Privado, Privado
- Privado basado en la mezcla, Privado, Estado, Privado
- Privado basado en la mezcla, Privado, Privado, Estado
- Privado basado en la mezcla, Societal, Privado, Privado
- Privado basado en la mezcla, Privado, Sociedad, Privado
- Privado basado en la mezcla, Privado, Privado, Sociedad

#### Tipo ideal: Sistema de Salud Privado

##### Regulación – Financiación - Provisión

- Puro y mixto Tipo Estado, Privado, Sociedad
- Puro y mixto tipo Estado, Sociedad, Privado

- 
- Puro y mixto, tipo Privado, Estado, Sociedad
  - Puro y mixto tipo Privado, Sociedad, Estado
  - Puro mixto, tipo Sociedad, Estado, Privado
  - Puro mixto, tipo Sociedad, Privado, Estado

#### **4.6. Transformación de los sistemas de salud**

La construcción de la seguridad social de Costa Rica, es el resultado de muchos esfuerzos que han generado un sistema de salud exitoso, siendo en América Latina, una excepción de cobertura casi totalmente universalizada. Con especial atención, si tomamos en cuenta, la financiación tripartita del sistema, basado aportes de trabajadores, patrones y estatales, no así en impuestos como otros sistemas.

El sistema de salud costarricense, como se ha señalado, descansa sobre su institución principal, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), creada en 1941, respaldada jurídicamente por un marco legal y constitucional que le exige la universalización del seguro de salud y cumplir con el derecho de todos los habitantes de la República a recibir las prestaciones de salud.

Es decir, la CCSS es el financiador y proveedor, principal del sistema de salud.

No obstante, durante la década de los noventa, la reforma del Sector Salud dio prioridad a la atención primaria de la salud, situación que originó un cambio trascendental en la forma en que venía operando el sistema, pues el Ministerio de Salud debió por dicha reforma trasladar a la CCSS las actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mientras el Ministerio asumió las funciones rectoras de salud pública.

Dicha transformación, origina que le corresponderá a la CCSS, a partir de dicha reforma, la responsabilidad total de la red de servicios que va desde nivel primario con establecimientos de baja complejidad como lo son los Equipos Básicos de Atención Integran en Salud (EBAIS) que desarrollan cinco programas de atención integral divididos según

---

género y edad, hasta un tercer nivel de alta complejidad tecnológica, en hospitales nacionales de concentración y especializados.

Sin embargo, la rectoría que se le otorga al Ministerio de Salud no es efectiva, ni operante, precisamente, por tener la CCSS, la competencia y administración del Seguro de Enfermedad y Maternidad, al que actualmente denominan, Seguro de Salud. Esta situación provoca la existencia de inconsistencias y dificultades de coordinación de entre la política sanitaria del Ministerio de Salud y la autonomía institucional de la CCSS.

La reforma de la década de los noventa viene a otorgarle mayor trabajo a la CCSS, en funciones que antes estaban a favor del Ministerio, con la gravedad de que el Estado no le asigna el financiamiento adicional, sino que se deberán financiar estas nuevas responsabilidades de la CCSS, con el financiamiento tripartita.

Es así que en medio de la obligación de universalizar el seguro de salud y la presión financiera, con la llegada de nuevos programas sin financiamiento adicional, así como el envejecimiento de la población y un nuevo perfil epidemiológico, la CCSS comienza a sufrir en su sostenibilidad financiera, repercutiendo con suma importancia y de manera negativa en la prestación de los servicios.

A partir de la década de 1990, comienza a emerger de manera creciente, el sector privado de la salud, convirtiéndose en un importante componente en el sistema de salud que aprovecha las debilidades de la CCSS para ofrecer servicios oportunos y eficientes, con una demanda creciente de sus servicios.

En ese sentido, es importante analizar las transformaciones de los sistemas de salud que pueden ser derivados de los siguientes tres aspectos: (Claus Wendt 2009)

**.- Cambio de sistema:**

Un cambio extremo en el sistema de salud puede decirse que es cuando un sistema se mueve de una cuarta parte de la tabla hacia otra. Por ejemplo cuando un sistema estatal se comienza a desarrollar en un sistema privado.

---

Es decir, el cambio en un sistema de salud, resulta en el desarrollo de un nuevo sistema, en el cual solo existen ejemplos excepcionales en los cuales cambiaron drásticamente las metas de las políticas con un alto nivel de aceptación del público.

En el caso de Costa Rica, los problemas de sostenibilidad financiera y de gestión de la CCSS, frente a la transición epidemiológica de la población que exigirá tratamientos más complejos y costosos y una población migrante que presiona sobre la prestación de servicios, significan grandes desafíos para el sistema de salud.

Como se dijo anteriormente, hay una tendencia creciente de gastos de bolsillo dirigidos al pago de servicios de salud ofrecidos por los centros privados, así como un sector privado que se ha ido fortaleciendo de manera importante, todo esto en medio de una realidad económica distinta a la que fundó el sistema del seguro social en Costa Rica, donde se observa un importante crecimiento del sector informal, el aumento de la población adulto mayor, el aumento del desempleo con más de 10 empresas que han cerrado en menos de un año (2013-2014) y la preferencia por el sector privado de la salud, factores que en el largo plazo podrán repercutir en los valores de solidaridad, sobre el cual descansa la legitimidad de la seguridad social costarricense.

En ese punto, es importante señalar lo que el Estado de la Nación señaló en su informe del año 2005:

*“ La integración económica de la sociedad costarricense, representa retos para la estricta territorialidad del seguro de salud, pues una posible emigración de cotizantes de altos ingresos del sistema ante un esquema de aseguramiento sustitutivo al público implicaría un alto impacto para la sostenibilidad del sistema. Según estimaciones del 2004 “si el 18% de los cotizantes con los salarios más altos se retiran del seguro de salud, los recursos de la institución se reducirían en un 48% ” (PEN, 2005)*

Lo anterior, es sumamente preocupante, en cuanto los distintos escenarios que podrían presentarse si la situación económica, social y política se mantiene así como las largas filas de espera y los problemas serios de atención no se resuelven en la CCSS, el colapso de esta institución no solamente significaría una sustitución del cambio del sistema de salud

---

costarricense, sino también un cambio en los valores democráticos reconocidos internacionalmente en Costa Rica, como la solidaridad y la igualdad.

El crecimiento del sector privado de la salud en el país y las posibilidades de que la población ante la ineficiencia de la CCSS, presione sobre nuevas opciones de seguro, presenta un gran debate en la actualidad, algunos consideran que esto será necesario para desahogar las presiones económicas de la CCSS mientras otros expertos no consideran que la CCSS sea sustituida por el sector privado por estar comprometida en ella los valores esenciales de la sociedad costarricense.

Por ejemplo, el reconocido politólogo costarricense, Rodolfo Cerdas, concluye:

*“ La estructura constitucional del Estado y del sistema político costarricense, que desde muy temprano se concibieron como abiertos a las demandas de la población e incluyentes de los distintos sectores sociales existentes, contribuyó fuertemente a crear una cultura política socializante, donde las orientaciones privatizante de cualquier índole , pero en particular en materia de Salud y de Seguridad Social, solo tienen cabida y se legitiman si se complementan o fortalecen, pero no debilitan y mucho menos anulan, el carácter público y estatal de los servicios ” (Cerdas, 2010)*

Esto es importante, porque a partir de 1990, se ha fortalecido la apertura de un sector privado de la salud que no se detiene y que complementa y fortalece la prestación de servicios de salud ante las debilidades de la CCSS, es decir, un sector privado que en la actualidad no anula la importancia de la CCSS como principal institución prestadora de los servicios de salud.

La tendencia a un modelo mixto de prestación y de financiación que dividirá por clases sociales, la calidad y oportunidad de acceso a los servicios de salud, pues quienes tendrán mayores ingresos podrán resolver sus problemas de salud más rápidamente de aquellos que dependen de la CCSS que podrían convertir a esta institución con políticas focalizadas hacia sectores de menores ingresos y con el peligro de la legitimidad del seguro de salud en el largo plazo por la deslealtad al sistema actual según lo antes explicado.

**.- Cambio interno en el sistema**

Este tipo de cambio interno, no culmina en un gran cambio en el sistema. Por ejemplo, cuando la provisión de los servicios gira del Estado a actores privados, pero el financiamiento y la regulación sigue en manos del Estado. Ante tales circunstancias, el sistema es testigo de una alteración importante, pero no pierde el predominio del Estado.

Definitivamente, la reforma de la década de los noventa, hace emerger un sector privado, primero con la aparición de las cooperativas de salud, luego la contratación creciente de servicios privados por parte de la CCSS y luego el fortalecimiento de un sector privado de la salud que brinda una prestación oportuna, eficiente y moderna a cambio de que los usuarios paguen de su bolsillo o adquieran un seguro de salud privado.

La presión económica que generó el traslado de más responsabilidades a la CCSS, conjuntamente con el crecimiento de enfermedades que implican tratamientos costosos, una mayor población de adultos mayores que presionan constantemente en la prestación de servicios, así como problemas de gestión de la CCSS unidos a los constantes recursos que aprueban los Tribunales exigiendo oportunidad de servicio y de medicamentos, genera una lentitud de respuesta por parte de la CCSS, reflejado en las largas listas de espera. De todo esto, el sector privado viene a significar una nueva opción cada vez más preferida por los ciudadanos que han tenido que asumir doble pago: gastos de bolsillo para obtener servicios más oportunos y eficientes del sector privado y la cotización al sistema de seguridad social antes explicada.

Es decir, el sector privado se fortalece gracias a una mayor demanda de sus servicios, y empiezan a considerarse actores importantes en el sistema de salud, sin que signifique hasta el momento una sustitución de la CCSS, la cual sigue permaneciendo como entidad principal en el sistema de salud.

**.- Cambio interno en los niveles**

Esta transformación es cuando se genera un cambio en uno o más dimensiones que lleva a un intercambio de características en el sistema. Por ejemplo, en el caso de un sistema de mercado puro de la salud, un número de iniciativas públicas pueden ser introducidas para aumentar la cobertura de aquellos que están bajo la línea de la pobreza, la dimensión del

---

financiamiento puede ser testigo de un cambio interno en niveles el incremento de la presencia del Estado se siente, pero la dimensión permanecerá predominantemente privada.

Mientras que un cambio interno de niveles no expresa el mismo grado de transformación, como el cambio de sistema o cambio interno en el sistema, puede tener un alto significado en el desarrollo de los sistemas de salud. Lo anterior, al menos, por dos razones: a) un cambio interno de niveles es más probable una transformación a ser observada, particularmente en cortos periodos de tiempo, y, b) un cambio interno de niveles puede ser precursor de transformaciones más graduadas parecidas a los cambios de sistema o en el cambio interno del sistema, en especial, si el estado, sociedad o mercado están cerca de perder su posición dominante en una dimensión dada.

En el análisis de casos, se han visto la introducción de mecanismos de mercado con un reforzamiento paralelo de las funciones regulatorias del Estado.

No obstante, en Costa Rica, como se ha explicado, la CCSS es el principal actor del sistema de salud. A partir de la Reforma de los noventa, se le trasladan las funciones de atención integral que tenía a cargo el Ministerio de Salud pero sin el debido financiamiento, lo que en cierta forma viene a cambiar esta dimensión, ya que el Estado que venía haciéndolo por medio del Ministerio de Salud, deja de hacerlo y carga al seguro de la salud, los costos de la atención integral en el marco de la universalización, lo cual con la creación de los EBAIS (equipos básicos de atención integral de la salud), mismos que irán evolucionando a verdaderos centros especializados y con ello la presión financiera sobre el seguro de salud empieza a ser preocupante ante una mayor demanda y costos de los EBAIS.

Por otro lado, también se modifica en el sistema anterior, la provisión de los servicios de atención integral, que aunque estaban a cargo del Ministerio de Salud, al pasarlos a la CCSS, empezó a presionar sobre la gestión de los servicios que empezaron por tanto a estar saturados por la mayor demanda a nivel comunal así como también sucede en los niveles dos y tres, en los que empezó el deterioro de los servicios ante nuevos problemas que también aparecieron, como el perfil epidemiológico, la población migrante y el adulto mayor. También otros factores, como el incremento de la violencia en las carreteras, en los hogares y situaciones como la drogadicción y el alcoholismo que presionaron también sobre la atención de la CCSS.

Todo lo anterior, causó un aumento de los costos de atención de la CCSS, sin percibir mayores ingresos y sin la planificación estratégica necesaria para abordar los problemas en el largo plazo, más bien se observaron decisiones que vinieron al aumento del gasto como la creación de más de 11 mil plazas que no redundaron en mayor calidad y oportunidad, conjuntamente con serios problemas de corrupción que han ido provocando una pérdida de legitimidad en la CCSS y una mayor preferencia hacia el sector privado ante las debilidades y problemas anteriormente señalados.

La reforma de los noventa, pareciera no haber sido sujeta a una planificación estratégica que la posicionara en escenarios futuros y medir de manera preventiva los problemas que hoy aquejan, pero sin duda, la reforma, generó cambios internos en el sistema, básicamente en la operación de gestión y financiera de la CCSS, que en el largo plazo ha generado un cambio en el sistema como antes se citó.

Como se pudo observar, la clasificación de los sistemas de salud, se sustenta en un interés en el cambio del rol del Estado, la sociedad y los actores privados en el financiamiento, la provisión de servicios y la regulación de la Salud, los cuales permiten comprender la corriente institucional de los sistemas de salud y desarrollar indicadores cuantitativos para conocer las principales características de los sistemas de salud.

#### **4.7. La tendencia hacia una hibridización de los sistemas de salud**

Existen una serie de políticas innovadoras y la generación de elementos que no son únicamente de sistemas específicos, sino que se están dando en una tendencia generalizada en diferentes sistemas analizados en los países de la OCDE, que ha hecho emerger sistemas híbridos que indican una tendencia hacia la convergencia o aumento de similitudes entre sus sistemas. (Schmidt 2012)

La hibridización puede ser entendida como una sutil forma de convergencia debido al desarrollo mixto de instrumentos regulatorios que implica el aumento de similitudes en todos los sistemas de salud.

---

Los estudiosos del tema, parten de una perspectiva estructural que refleja tendencias que pueden ser comprendidas como reacciones específicas al incremento de los problemas que presionan a los sistemas de salud y que se originan con el fin del consenso de expansión del Estado de Bienestar, de hecho explican que la crisis del petróleo de 1970, es generalmente considerada la marca del fin de la desmedida expansión del Estado de Bienestar y se inician los retos en los roles del Estado.

En el estudio realizado por Schmidt y otros investigadores, señalan que este rol del Estado en los sistemas de salud, se ve afectado por un decrecimiento en el financiamiento público, la provisión de servicios tiende hacia una privatización, aspecto que se debe a dos factores: a) Hay una demanda por una mayor eficiencia y en la calidad pero también a la misma retirada del Estado como proveedor de servicios, lo cual a partir de 1980 el mercado emerge y prolifera rápidamente.

La regulación también comienza a ser más compleja, tanto hacia los proveedores de servicios, el financiamiento y los beneficiarios, donde ya no sólo el Estado participa en la regulación, sino además las organizaciones sin fines de lucro y las empresas privadas del mercado.

La regulación en la coordinación de estos actores, inicia un esfuerzo de control jerárquico, un compromiso en procesos de negociación y una regulación mayor en la competencia del mercado.

La estructura regulatoria ha alterado profundamente los 3 sistemas modelos de salud, los cuales incorporaron elementos que ya no son específicos de cada sistema, es decir, se desarrolla la hibridización.

La hipótesis que plantea Schmidt y compañía, es que los sistemas de salud llegan a ser más similares en el tanto adopten instrumentos comunes de regulación y estructuras para abordar ciertos problemas. Es decir, las tendencias en las similitudes se incrementan en el financiamiento, provisión de servicios y la regulación, los cuales están interrelacionados.

Si, enfatiza, que la retirada del Estado, no necesariamente significa una debilitación del poder del Estado, sino que éste adquiere mayor poder por medio de la regulación con intervenciones en el mercado, tales como: redistribución, planificación y producción.

---

#### 4.8. Principales cambios en los sistemas de salud:

Dentro del estudio realizado, Schmid señala los siguientes, como lo principales cambios en los sistemas de salud: (Schmid, 2012)

- Convergencia en la financiación
- Tendencias comunes en la provisión de servicios

Ambos aspectos llevan a una hibridización de los sistemas en cuanto a lo que es la regulación.

Estos cambios se originan para poder dar respuesta a los problemas que sobre estos sistemas presionan, tales como la contención de costos, la cantidad limitada de recursos existentes así como la búsqueda de mayor eficiencia para organizar los sistemas de salud.

Schmidt, plantea un esquema que resume las fuerzas motrices y las tendencias de los de la hibridización de los sistemas de salud:

Fuerzas que presionan sobre los sistemas de salud:

- Globalización
- Progreso de la tecnología en la medicina
- Cambio demográfico

Asimismo, señala, que existen fuerzas institucionales, como los Tratados de libre comercio y fuerzas ideológicas como el individualismo.

Este sistema de salud, se encuentra inserto en un sistema político y económico, en el cual intervienen distintos actores, estructuras institucionales, valores y percepciones.

Todo lo anterior hace que se desarrollen las siguientes tendencias en los sistemas de salud:

- Convergencia de un financiamiento público compartido.
- Una tendencia común de privatización en la prestación de servicios.
- Hibridización de las estructuras de regulación.

La dirección o fuerza de cada cambio dependen de las particularidades de cada sistema, es decir, en cada sistema de salud, existen diferentes variables que pueden intervenir, ya sea acelerando o retardando la retirada del Estado, tales como la presencia de actores que se resistan al cambio o logrando una deslumbrante transformación en los sistemas.

Igualmente, pueden existir sistemas de salud con problemas comunes y sin embargo cada uno puede optar por distintas políticas de respuestas.

Los principales problemas en los servicios de salud, están relacionados con eficiencia, de hecho, el debate que se abre en este tema a partir de 1990 gira entre las estrategias de costos y un Estado responsable.

Los cambios y nuevas tendencias de los sistemas de salud, se derivan de principios y convicciones sobre la percepción de los problemas, de los cuales comienzan a generarse una serie de soluciones potenciales, que son las cuales pueden condicionar o impulsar el cambio.

En el caso de los Servicios Nacionales de Salud, las siguientes son sus principales características:

- Cobertura universal para la población
- Financiamiento por impuestos
- Amplio rango de servicios
- Amplia provisión pública: El Estado como dueño de los principales hospitales y con la mayor concentración de profesionales de la salud como empleados públicos.
- Instituciones, servicios y beneficiarios son principalmente reglados a través de la jerarquía estatal.

El problema principal, radica en las listas de espera para tratamientos, la inversión insuficiente, la débil capacidad de respuesta, la baja productividad y baja motivación de sus profesionales por la dotación insuficiente de recursos, la racionalidad.

---

Estas características están más relacionadas a los fallos del Estado en proveer los servicios eficientes en contra de que el Estado debe garantizar el acceso igualitario a los servicios. No obstante, el rol de la salud privada se ha incrementado en varias formas.

El notable crecimiento del financiamiento privado podría ser efecto de la poca dotación de recursos en el sistema público y de los altos costos traducidos en un incremento en el gasto público. El financiamiento privado, puede también ser una insatisfacción revelada sobre el sistema de salud: largas filas de espera, bajo estándar de los tratamientos que da como opción el acudir a las alternativas privadas, aunque también estas nuevas opciones privadas pueden ser permitidas para intentar evitar un exceso de la demanda de los servicios públicos. (Schmidt 2012)

La privatización de los servicios de salud ha aumentado los mecanismos de regulación, sobre los cuales el Estado ha intervenido para garantizar su funcionamiento, aunque en Costa Rica, no se ha observado dichos mecanismos, donde el sector privado, pareciera moverse conforme los principios del mercado: competencia y eficiencia.

En el caso del modelo de la Seguridad Social, la cobertura se basa sobre el empleo y las contribuciones de los patronos y los trabajadores, lo cuales juegan un papel dominante en el sistema y dentro de los cuales se distinguen en distintos aquellos trabajadores con patronos privados o públicos, los profesionales y técnicos liberales (sin patrono) y los servicios domésticos.

En el sistema de Seguridad Social, los servicios los brinda en su mayoría el Estado así como algunas organizaciones sin fines de lucro. En el caso de Costa Rica, los brinda, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la cual contrata servicios privados para la atención, como laboratorios, universidades prestadoras de servicios como recientemente lo hizo para los municipios del este de San José y también contrata cooperativas para la gestión de clínicas de primer y segundo nivel.

En la actualidad, la erosión financiera de los modelos de seguridad social constituye su principal eficiencia, teniendo en cuenta que los salarios han decrecido desde 1980 y que el capital que se haya incrementado no significa más ingresos para estos modelos por no estar el capital sujeto a las contribuciones. La cobertura basada en el estatus de empleo causó

---

desbalances financieros crecientes dentro de cada grupo de empleo, aunque también se le achaca al Estado una mala asignación de los recursos.

En Costa Rica, la presión que ejercen los sindicatos de profesionales de las ciencias médicas, ha evitado disminución de sus salarios, por lo contrario con el tiempo han incrementado sus incentivos médicos, pero se les atribuye parte de la erosión financiera por la crisis de ingresos que atraviesa conjuntamente con serios problemas de corrupción y de débil capacidad de respuesta a la demanda de servicios.

De hecho, la competitividad como producto de los procesos de globalización, implican más dificultad para aumentar las contribuciones al modelo de seguridad social por los esfuerzos de las empresas por reducir sus costos de trabajo. De hecho, en Costa Rica, en menos de un año, se han trasladado empresas hacia otros países del istmo, aduciendo un mayor costo de operación en el país, esta situación está generando un desempleo que aún no se ha medido el impacto que provocará en las finanzas de la CCSS.

En este modelo de seguridad social se está observando una tendencia hacia la privatización en la provisión de los servicios, provocada por las políticas de austeridad fiscal y por la misma percepción de ineficiencias en sector hospitalario, en algunos países de la OCDE, algunos gobiernos con este modelo de seguridad social formalizará a futuro la privatización de los hospitales públicos o los venderá a las empresas privadas que son más flexibles en los acuerdos salariales y con fácil acceso a los mercados de capital. (Schmid, 2012)

Este proceso de privatización ha llevado implícito un método eficiente de contención de costos bajo el supuesto de la creencia generalizada de una falta de efectividad del Estado en lograr dicha contención, lo cual facilitó la introducción de mecanismos de mercado. No obstante, la implementación de reformas orientadas al mercado giró a una mayor jerarquía de regulación para proteger la solidaridad.

En Costa Rica, aunque el sector privado de la salud, ha crecido a la luz de la sana competencia con una regulación del Estado, poco evidente, pareciera, tampoco se llegará al punto de privatizar los hospitales públicos, los cuales cuando entraron dentro de los mecanismos de una gestión por compromisos en el cual se medían los resultados de eficiencia

---

de cada hospital, mecanismos derivados de la reforma de los noventa, fracasaron en dicha gestión y la CCSS tuvo que volver a la administración directa de los hospitales.

Y es que hay que tener presente que la seguridad social, que contempla el seguro de salud, forma parte del sistema democrático costarricense lo que conjuntamente con la fuerza de convocatoria que tienen los sindicatos de la CCSS, han impedido una privatización más profunda, veloz y extensa como en otros países. El no haber llegado aún a dichos niveles puede significar una reformulación de políticas públicas que puedan generar más bien, un mayor fortalecimiento de la CCSS, aunque sin duda será una tarea difícil.

Si bien es cierto, la CCSS sufre serios desafíos de legitimidad y lealtad, sigue representando la mayor conquista y el ícono más representativo de los valores institucionales del país aunque posiblemente el mercado seguirá creciendo en los distintos niveles de atención de la CCSS con sus posibles consecuencias futuras en la sostenibilidad financiera de seguro social.

Las reformas orientadas al mercado han logrado posicionar al sector privado como un componente importante en el sistema de salud, pero aún es muy temprano para considerar que Costa Rica seguirá la senda que han experimentado otros países en mayores cambios al sistema de seguro social.

En cuanto al modelo de los servicios privados de salud, el sistema de salud está dominado por actores privados, la competencia está dirigida por la regulación y no es obligatoria, es decir, las aseguradoras no están obligadas a aceptar a todos los candidatos. Las aseguradoras privadas de salud venden una variedad de contratos que son contingentes del estatus de salud del candidato, también refleja la buena voluntad y habilidad de pago de los consumidores.

Los proveedores en este tipo de sistema son privados y actúan como industrias con capital y describen como riesgos la selección adversa y el sobre-utilización de los servicios. Su principal limitación es su capacidad de extensión.

En los sistemas de servicios privados de salud, las tendencias actuales son un mayor financiamiento colectivo, bien a través de la introducción de la seguridad social o por el incremento del financiamiento público.

---

#### 4.9. Sistemas de salud en América Latina: Reformas y tendencias

En América Latina, el derecho a la educación básica y la salud, está debidamente plasmado en el marco jurídico de sus países, en algunas ocasiones incluso, están claramente señalados en sus constituciones, como es el caso de Costa Rica.

La región ha realizado muchos esfuerzos con el fin de proveer un sistema universal e integrado de programas de educación y salud, pero en muchos casos, no han pasado de propuestas que se dificultan ante el entorno político, económico y social de estos países, principalmente, por las brechas de inequidad que permanecen en la prestación de estos servicios.

En el período previo a 1980, tanto el Estado como el sector privado, se encargaban de la provisión del bienestar en tres principales componentes:

- Seguro social
- Protección a los trabajadores
- Programas de salud y educación financiados por el Estado con la meta de la cobertura universal, aunque el gasto privado es dominante en la región.

La crisis económica de 1980 cambió este contexto, pues a partir de esta década, los rangos de cobertura del seguro social se estancaron y disminuyeron, la legislación de la protección del trabajador se ha diluyó y el gasto público social se contrajo, en educación y salud.

Posteriormente, se empezaron a introducir reformas para sus sistemas de salud y educación que van desde la descentralización como la expansión de la provisión privada.

Las reformas en salud, se realizan con el objetivo de garantizar el cumplimiento de los tres objetivos primordiales de un sistema de salud: mejorar el estado de salud de las personas, dar respuesta a las necesidades de los individuos con servicios de calidad y brindarles protección financiera ante la probable presencia de enfermedades. (Briceño, 2008)

---

A continuación se señalan algunas características básicas antes de las reformas de salud en América Latina:

- El establecimiento del seguro de salud se dio tempranamente en América Latina, especialmente comparado a otras regiones en desarrollo. En 1950, 47% de los países en América Latina y en el Caribe, habían establecido la seguridad social de la salud y la maternidad, comparado al 5% de África y el 16% en Asia.

En cuanto a la provisión y seguro de la salud, se desarrolló en esa época, en tres principales subsistemas, estratificados por nivel de ingreso:

1. Grupos de altos ingresos que poseen sus propios seguros del sector privado y acudían a centros privados de provisión de salud pagando de sus bolsillos.
2. Cobertura de trabajadores y sus dependientes mediante aporte al sistema de seguro social por medio de las contribuciones de las planillas y en algunos casos se les reintegra los gastos de salud. En algunos países, se desarrolló su propia infraestructura para la provisión de los servicios de salud, restringida al pago de sus servicios a cambio de obtener un seguro social, sea proveedores públicos y privados.
3. Grupos de bajos ingresos, que son raramente cubiertos por el seguro de salud y al acceso de los programas básicos de salud, donde sólo les es permitido en los establecimientos públicos de salud.

Los seguros privados de salud provee servicios a los grupos de altos ingresos y a los afiliados al seguro social de salud, el sector privado provee medicina preventiva para todos.

Los establecimientos privados de la salud, no prosperarían sin un sector público que prepare profesionales de la salud y que asuma responsablemente a los grupos de alto riesgo.

El sector privado de la salud y una gran parte del seguro social, se focalizó en el nivel secundario de la salud, mientras el sector público se focalizó en la atención primaria y en enfermedades congénitas de larga duración y producto de catástrofes. La lógica de cada uno de estos subsistemas era reforzar la segmentación excluyendo resultados óptimos de la salud.

Costa Rica es el único en América Latina, que ha administrado un sistema totalmente integrado de salud. Esto se ha logrado transfiriendo la salud pública a una única institución de seguro social, con el subsidio del Estado para los grupos de bajos ingresos.

Generalmente, el gasto privado de salud es el dominante, siendo en muchos casos, mayor incluso que el seguro social.

Los países más desarrollados mostraban un gran aporte del gasto público en salud, donde la mayoría de la población está cubierta por sector público, mientras que el subsistema privado incluye una pequeña minoría de la población pero que concentra la mayor parte del gasto en salud.

El seguro de salud y la salud son no solamente fuertemente segmentados en América Latina, sino también altamente desigual en términos de acceso y resultados.

La provisión de los servicios públicos, incluyendo educación y salud, están aún lejos de alcanzar la universalidad. En la práctica, se excluye grandes segmentos de la población en la región, y especialmente los pobres y grupos vulnerables, donde llama la atención las poblaciones indígenas así como las zonas rurales.

A partir de 1990, en América Latina, el Banco Mundial empezó a recomendar el modelo de salud basado en la eficiencia mediante la privatización de los centros de salud, estas reformas encontraron muchas dificultades, en especial la limitada capacidad de regulación que tienen los países de la región. Aún así las reformas se fueron implementando en algunos países.

La débil regulación de los Estados Latinoamericanos, imposibilitó corregir asimetrías entre las agencias prestadoras de servicios y los beneficiarios así como no permitió la protección de consumidores ante riesgos de salud. Diferentes actores, consideran que previo a la implementación de las reformas, se requería una normativa que guiara el comportamiento de las agencias privadas, instituciones que supervisaran y auditaran los aspectos técnicos y financieros de los centros privados.

---

La experiencia, por ejemplo en Estados Unidos de Norteamérica, que aún contando con agencias fuertes de regulación es improbable aumentar la equidad y la eficiencia, sin ellos, los resultados podrían ser catastróficos. (Hómedes & Ugalde, 2005)

Uno de los ejemplos que se citan, es el caso de la República Dominicana, donde se dieron resultados desastrosos al haberse desarrollado una privatización sin regulación. Y es que deben darse normas para asegurar la competencia entre proveedores privados, establecer mínimos estándares de calidad y regular el comportamiento ético de las empresas. Todo ello con fin de evitar abusos y exclusiones.

En el caso de Centroamérica, ha sido una región caracterizada por estar inmersa en una serie de reformas en salud.

En la implementación de las reformas, no se identificaron previamente los problemas que habían causado las fallas o problemas en el sistema de salud. Las reformas han hecho poco para resolver los problemas básicos que continúan aún en la actualidad, alcanzando resultados opuestos a sus objetivos: aumento de la inequidad, menor eficiencia, altos niveles de insatisfacción sin mejorar la calidad de la salud. (Bruse, 1993)

Otras investigaciones confirman que los países de América Latina, 10 o 20 años después de la implementación de las reformas neoliberales, han gastado más recursos en salud, sin notarse mejoras en eficiencia, persisten porcentajes de población sin acceso a la salud, en algunas regiones continúan las grandes inequidades y frecuentemente hay incertidumbre administrativa.

Asimismo, la preocupación sobre la sostenibilidad financiera del sector de la salud, se mantiene ante la presión de la demanda sobre la prestación de los servicios, los altos costos de la salud y el endeudamiento que se dio como resultado de los préstamos del Banco Mundial y el Banco Internacional de Desarrollo para las reformas.

¿ Pero entonces quiénes han ganado con las reformas? Stiglitz, señala que los beneficiarios de las reformas neoliberales de salud, han sido las empresas transnacionales, las firmas consultoras y el equipo " *staff* " del Banco Mundial, así como las investigaciones que realizan prestigiosas universidades. El Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial,

han tenido gran ventaja en la toma de decisiones, respaldados por el Tesoro Nacional de USA, que ha impuesto su ideología y sus intereses. (Stiglitz, 2002)

La concentración de poder en manos de unos pocos creadores de política pública: Banco Mundial y Fondo Monetarios Internacional frente a gobiernos nacionales débiles fue formidable. El camino que pareciera tener que seguirse, es el intentar respuestas a sus problemas basadas en políticas nacionales y en realidades históricas y culturales más que una fórmula genérica basada en ideología. (Hómedes & Ugalde, 2005).



### III. TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DE COSTA RICA.

#### 5. POLÍTICAS PÚBLICAS DE BIENESTAR SOCIAL Y EL SURGIMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN COSTA RICA.

##### 5.1. Costa Rica en el contexto centroamericano

Con el fin de ubicar a Costa Rica en un contexto mayor de sus fronteras, esta investigación describirá a continuación algunos aspectos que permitirán comprender aún más la situación del caso costarricense en el contexto del istmo centroamericano.

En el estudio del desarrollo socioeconómico centroamericano se caracterizan dos contextos históricos distintos a saber: 1.- Un periodo largo de crecimiento: 1950-1980 se le conoce como la "etapa de auge" y 2.- Un periodo de crisis que inicia a partir de 1980 conocido como la "década pérdida". En el marco del sistema de salud, resalta el período de reformas que este sistema sufre a partir de 1990 y hasta la crisis actual de su principal actor: La Caja Costarricense de Seguro Social, en adelante, CCSS.

##### Etapa de auge:

La etapa de auge Centroamérica inicia al final de la Segunda Guerra Mundial, con el menor crecimiento presentado en Honduras, un crecimiento intermedio en Guatemala y El Salvador y alto en Panamá y Costa Rica.

En términos generales estos fueron los avances más notables en la etapa de auge centroamericana:

- Generó nuevas fuerzas sociales que no estaban satisfechas con el *statu quo* político, con excepción de Costa Rica y Honduras.
- Surgen jóvenes universitarios con altos niveles de educación y más conscientes de las diferencias políticas de sus países.
- En las zonas rurales, la expansión de la agricultura comercial orientada hacia el mercado de exploración desplazó a millones de campesinos que tradicionalmente habían sido pasivos y que pertenecían al viejo sistema

latifundista empujándolos hacia la ciudad donde han venido a engrosar las filas de los pobres.

- Surge un nuevo grupo social de trabajadores agrícolas con mayor conciencia social que comenzó a organizarse.
- La creación de nuevas industrias llevó al desarrollo de movimientos sindicales urbanos.
- La universidad, la iglesia y una clase media en plena expansión (con excepción de Costa Rica)

#### Etapas de crisis:

Después de treinta años de esta etapa, la economía centroamericana, como el resto de América Latina, empezó a sufrir los efectos de una profunda depresión económica mundial. Sumado a la violencia que empezó a generarse en cada país centroamericano, los términos de intercambio económico con el resto del mundo sufrió el mayor revés de la economía mundial después de la depresión debido a la caída de los precios de los 4 productos primarios de exportación de Centroamérica (banano, azúcar, café y algodón), situación que se confronta con el déficit comercial y la carga creada por el aumento de la deuda externa.

El Mercado Común Centroamericano (MERCOSUR) se derrumbó después de 1980, ampliándose más la brecha comercial del istmo, con efectos negativos en la actividad industrial y aumento de la deuda de los gobiernos centroamericanos. El MERCOSUR había facilitado el comercio de productos no agrícolas impulsando la industrialización basada en la sustitución de importaciones (Modelo ISI: Importation Sustitución). Igualmente, durante su permanencia se logró un aumento de las exportaciones en los productos tradicionales de suma importancia.

A partir del final de los 80s, el ingreso por habitante de las naciones centroamericanas ha permanecido claramente polarizado. (Lizcano, 2000)

En 1980 los ingresos promedios, en términos absolutos, demuestran que Costa Rica y Panamá tenían un nivel de ingreso más elevado que en las otras cuatro naciones. Sin embargo el PIB por habitante sufrió a partir de los 80s una fuerte disminución, cayendo entre 2% y 8%

en Costa Rica, Honduras y Panamá, en El Salvador y Guatemala casi un 20% y en Nicaragua superó el 30%.

Por otro lado, en la década de 1980, Centroamérica, se convirtió en sinónimo de derramamiento de sangre, injusticia y pobreza. (Yañez, 1989)

Con relación a las repercusiones de las crisis en materia de salud, se registran las siguientes:

- La escasez más aguda de alimentos experimentada en varias décadas.
- Disminución del gasto público en servicios de salud y otros servicios sociales esenciales.
- La carga económica de la migración en los servicios sociales.
- Insuficiencia de personal médico capacitado.
- Los gobiernos carecían de fondos y de los recursos administrativos necesarios para poner en práctica programas nacionales de salud eficaces.
- Apenas la mitad de la población centroamericana disponía de servicios básicos de salud.
- Deterioro de indicadores claves de salud.
- Servicios de agua y luz insuficientes.

Los gobiernos centroamericanos han tenido que atender los problemas inmediatos, postergando las estrategias permanentes de desarrollo y crecimiento económico a mediano y largo plazo, aunque reconocen que su débil inserción en la economía mundial requiere de altas dosis de tecnología para operar en pequeñas economías abiertas. También se ha reconocido su alta dependencia en las exportaciones agrícolas.

A finales de los 80s se hicieron necesarias reformas importantes en el sistema tributario, la liberalización de la política financiera y la reducción de la ineficiencia y los gastos excesivos del gobierno, medidas que se consideraron indispensables para garantizar mayor eficiencia e igualdad.

En cuanto al sector privado, se consideró dentro de las medidas de contención de la crisis de los 80, como el motor principal del desarrollo centroamericano, por lo que los gobiernos acordaron la garantía de un clima económico estable para las inversiones, incluyendo el establecimiento de tasas agradables de rendimiento de las inversiones.

.- La deuda externa

La carga de la deuda externa fue relativamente manejable en El Salvador y Guatemala, sin embargo en Honduras y en especial en Nicaragua la situación era alarmante aunque este último país sigue recibiendo transferencias unilaterales. (Pardo, 1986)

Además, dentro de las negociaciones con los organismos internacionales, en especial el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, éstos establecían programas de estabilización y de ajustes que se tradujeron en los países centroamericanos en medidas severas aunque la intervención estatal en los asuntos comerciales y mercados financieros fue creciendo conforme la crisis. La posición de estos organismos internacionales, fue de alejarse de aquellos países centroamericanos que incumplieran con sus condiciones, esta amenaza hizo que algunos países del istmo se acogieran a la voluntad de este Fondo.

Por ejemplo, Costa Rica cambió bruscamente de rumbo en 1982 para poder reducir el déficit fiscal al bajar tanto los subsidios como los salarios reales del sector oficial, se aumentaron los impuestos y se incrementaron los precios de los servicios públicos. En este caso, estas medidas fueron facilitadas por el régimen político y las limitaciones existentes para captar recursos externos.

Las funciones de bienestar social que venían cumpliendo los estados centroamericanos se vieron atacadas por las medidas de los organismos internacionales, entre las cuales se sobresalen, la Agencia de Desarrollo Internacional (AID), el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial.

.- 1990-2014: Etapas de reformas y efecto de la crisis de los 80's

El número de centroamericanos se cuadruplicó entre 1950 y en el año 2000, al pasar de 9 a 38 millones de personas. (Lizcano, 2000)

La tasa demográfica entre 1950-1980 fue la más elevada de América Latina.

En este contexto, es importante resaltar que los niveles de bienestar que resaltan en Panamá y Costa Rica, se asocian a la disminución de las tasas de natalidad así como a la incorporación de la mujer en el mercado laboral. Así, se deduce la importancia de los servicios sociales que aumentaron la dimensión del Sector Público y la creciente intervención del Estado en el crecimiento económico.

.- La situación actual de Centroamérica:

Aunque varios estudios demuestran que a partir de la década de 1990, América Central ha logrado conseguir una razonable estabilidad macroeconómica, ésta no ha sido aún significativa para garantizar el desarrollo socioeconómico.

En la actualidad, Centroamérica, lejos de haber mejorado, la situación de pobreza y exclusión social después de terminados los conflictos armados continúa siendo dramática. Más del 70% de los habitantes del istmo viven por debajo de la línea de la pobreza; el analfabetismo regional promedio todavía supera el 50%, y los niveles de mortalidad infantil y maternal no han mejorado.

Guatemala, Nicaragua, El Salvador y Honduras se encuentra entre los países más pobres del Hemisferio según los datos del Informe de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas, situación que explica los continuos flujos migratorios que desde la década de 1980 se han intensificado tanto hacia el norte (EEUU) como hacia el sur y noroeste del mismo Istmo (Costa Rica y Belice). (Solís, 1993)

Otro elemento que se mantiene desde las etapas anteriores, es la pobreza, pese a que se evidencian programas más focalizados y leves crecimientos. La pobreza centroamericana sigue siendo alta, debido principalmente al impacto del crecimiento poblacional que origina la existencia de mayor cantidad de pobres que a comienzos de los 90. Para el año 2001 se ha estimado que la mitad de los habitantes (50.8%) tenían niveles de ingresos inferiores a los considerados como mínimo para llevar una vida digna y que casi una de cada 4 personas (23%) se encontraba en situación de pobreza extrema, es decir, no disponía de los recursos suficientes para solventar los gastos básicos de alimentación. (Gómez, 2005)

De los datos indicados por la CEPAL, resalta también los mayores niveles de desigualdad en la distribución de la renta, siendo el promedio de los coeficientes de Gini casi

el 54.7 % en el 2003 (había sido el 54.1 en el año 1990) y el 20% de los mayores ingresos familiares representan más de 20 veces el ingreso del 20% más bajo. Respecto, a los Índices de Desarrollo Humano (IDH) el promedio centroamericano fue de 0.726 en el año 2002, muy por debajo del promedio de América Latina que en su conjunto fue de un 0.777.

Pese a la perspectiva negativa de algunos analistas de la situación social en América Latina, el incremento del gasto social y de los esfuerzos por dirigir los ingresos hacia este sector, constituyen un reflejo de la preocupación de los gobiernos centroamericanos por contrarrestar los efectos negativos de las crisis anteriores, en especial de los grupos más afectados. De acuerdo con estudios realizados, Costa Rica tiene un gasto social progresivo mientras que en Guatemala y Nicaragua es de tipo regresivo.

Algunos investigadores del tema social en América Latina, son pesimistas en creer que la tendencia creciente del gasto público social sea compatible con los ingresos fiscales que realmente se perciban.

## **5.2. Costa Rica: Reseña histórica de su desarrollo socioeconómico.**

En medio de todo ese contexto centroamericano, Costa Rica, ha mostrado la virtud de madurar en su democracia pese a las condiciones que le han impedido salir de su nivel de desarrollo. Esta democracia se basa en una cultura del diálogo y del consenso, así como de la garantía que históricamente ha reflejado en sus procedimientos electorales, unido a la posibilidad de los ciudadanos de optar por distintas preferencias electorales sin temor a represalias.

La inexistencia de golpes de Estado desde hace casi setenta años es otro elemento que respalda su madurez democrática, que ha encontrado su base principal en el avanzado régimen social que se comprueba históricamente en los índices de desarrollo humano y seguridad humana, los cuales son muy superiores a los de sus países vecinos de Centroamérica y a los de la mayoría de los países latinoamericanos.

Estos logros fueron, reitero, el producto de consensos políticos y sociales que, años atrás, permitieron una mayor inversión pública en temas importantes como seguridad social, educación e infraestructura.

Dentro del marco teórico analizado, Costa Rica es un buen ejemplo para comprobar el binomio democracia y desarrollo, así como para medir la efectividad y legitimidad del Estado en un país capitalista en vías de desarrollo, así como para realizar estudios de las políticas públicas y la transformación de los sistemas de salud.

.- Principales rasgos de la evolución sociopolítica de Costa Rica.

Los cimientos del Estado Costarricense se crean alrededor de la producción tabacalera y el café mediante la cual conjuntamente con la construcción del ferrocarril a finales del siglo XIX, la economía costarricense se vincula fuertemente al mercado y al comercio con Gran Bretaña y posteriormente con los Estados Unidos de Norteamérica.

Gracias al desarrollo de la economía de la exportación y a la integración al mercado mundial, Costa Rica conoció un progreso material sin precedentes en la civilización industrial. (Molina, 2006)

Las carencias, la ignorancia, la pobreza vigentes a mediados del siglo XIX, persistían en Costa Rica, sin embargo, el país había ya alcanzado avances en democracia, estado de derecho, incorporación a la economía mundial, educación e infraestructura, cuantitativa y cualitativamente muy superiores a la esperables de la historia latinoamericana. (Rodríguez, 2004)

Para analizar la consolidación democrática en Costa Rica, es importante tener presente que uno de los principales elementos que la favorecieron, fue que la población indígena de Costa Rica era muy reducida, por lo cual la acumulación capitalista de la tierra no exigió la expulsión de masas de campesinos como sí sucedió en El Salvador y Guatemala, países en los cuales se hizo necesario a los sectores oligárquicos montar un aparato represivo fuerte para mantener a los campesinos expulsados de la tierra, especialmente manifestada en el Estado de tipo autoritario, con muy pocas posibilidades democráticas. (Camacho, 1993)

Esta situación que facilitó el proceso de acumulación capitalista no significó para Costa Rica, una exclusión o marginalización de sus ciudadanos, todo lo contrario, poco a poco se fue configurando un Estado no autoritario que favoreció a la democracia.

Durante las crisis de 1930-1940, cayeron drásticamente el valor de las exportaciones del café y el banano con serias contracciones en las importaciones, así en la década de 1940 se

empezó a producir un nuevo alineamiento de fuerzas sociales que generó la necesidad de renovar el sistema político y de la Constitución liberal de 1871, las presiones sociales concluyeron en una guerra civil en 1948.

Esta guerra civil de 1948 marca un cambio en la historia costarricense, pues para algunos historiadores, el Movimiento Popular Costarricense había logrado a partir de 1940 conquistas como el Código de Trabajo, el Seguro Social, las garantías sociales, logros que provocaron la guerra civil pero también el inicio de la construcción de la democracia.

En el año 1948 se empieza a dar en Costa Rica la etapa del intervencionismo del Estado, culminando así el régimen liberal anterior. Este intervencionismo encuentra su fundamento en la socialdemocracia, cuyo líder José Figueres, agrega a dichas conquistas sociales, la nacionalización de la banca, la abolición del ejército, la masificación de la educación y otros importantes aspectos. (Camacho, 1993)

El líder José Figueres es el fundador del Partido Liberación Nacional, de origen y autodefinición socialdemócrata.

El inicio de esta democracia está fuertemente asociada con los resultados que se empezaron a dar a partir de los logros alcanzados de 1940-1948, tales como la casi eliminación del analfabetismo, aumento del nivel de escolaridad, mejoramiento notable de los indicadores de salud, electrificación, ampliación de la red de carreteras.

Esto es significativo porque, además, en Costa Rica el gasto público fue orientado hacia el desarrollo, dentro de una concepción de Estado interventor y benefactor. Los gastos del Estado en salud y educación operaron a favor de la redistribución de la riqueza y en la apertura de nuevos canales de movilidad, en una sociedad que seguía siendo predominantemente rural.

Es importante recalcar que la abolición del ejército y la nacionalización de la banca tuvo dos consecuencias de suma importancia: La eliminación de riesgos de golpes de Estado y el debilitamiento de las posibilidades de institucionalizar la represión, así como, el ahorro de considerables cantidades de recursos públicos que hubiera consumido el ejército y que más bien se orientaron hacia el desarrollo. (Camacho, 1993)

La abolición del ejército en Costa Rica conllevó al predominio de la vía civilista y poca injerencia de los militares en la política, así como que el poder político fue fundamentalmente alcanzado por la vía electoral durante cien años incluyendo las crisis.

.- Costa Rica a partir de 1970

El primer sub-periodo (1970-78)

La vigorosa participación del Estado en la economía a partir de 1949, y los enormes recursos de la banca nacionalizada, tuvieron como efecto el surgimiento de un nuevo sector empresarial gracias a los créditos de la banca nacionalizada, a los contratos con el Estado y hasta el ejercicio de funciones públicas. (Camacho, 1993)

Esta nueva burguesía modernizante fue creciendo dentro del proyecto político de intervención estatal que se ejecutaba en lo económico y en lo social. Ejemplo, de ello es que en esa etapa se crean instituciones con fines sociales como es el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), creada para ayudar a sectores con pocos recursos. Con el mismo propósito se había creado años antes el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), por lo que FODESAF vino a reforzar la intervención del Estado Costarricense en la atención de asuntos sociales. Todo esto entre la Administración Figueres (1970-1974) y Oduber (1974-1978).

La influencia del Partido Liberación Nacional es importante pues llega a representar el poder de un grupo desarrollista de empresarios partidarios de la industrialización del país armonizando con los intereses de los distintos sectores sociales por medio de la intervención activa del Estado, así como estabilizar la democracia. (Molina, 2006)

No obstante, el régimen socialdemócrata que se empezó a desarrollar a partir de 1948 encontró su fin en la etapa de 1970-78, cuando las políticas del Partido Liberación Nacional se alejan de su orientación socialdemócrata y reflejan características fuertemente neoliberales.

En la Administración Oduber, (1974-1978), se crea la " Corporación de Desarrollo Sociedad Anónima ", (CODESA) una institución privada desde el punto de vista de su constitución, pero pública por cuanto su único accionista original fue el Estado. Para algunos, este fue el último gran intento de consolidar el Estado como empresario y como impulsor de empresas y de un Partido Liberación Nacional autodefinido como socialdemócrata.

La importante intervención del Estado permitió generar una cantidad importante de empleo en el sector público a la vez que las políticas de educación, salud, apoyo a las empresas, el crédito bancario, permitieron el crecimiento del sector de la pequeña empresa. Todo esto permitió un considerable incremento de la clase media.

No es sorprendente entonces que ese amplio sector medio haya sido mayoritariamente partidario de la política económica y social hegemónica, ya que ella misma debe su existencia. (Camacho, 1993)

Costa Rica, pese a la crisis centroamericana, logró en los años 70 mantener una posición favorable en su relación con el resto de los países del istmo en lo que tiene que ver con su capacidad exportadora. Igualmente, acogió las teorías y políticas de estabilización y ajuste que impulsaba desde los años 60 en América Latina el FMI y posteriormente el Banco Mundial acordadas en el "Consenso de Washington".

.- El Segundo subperiodo (1978-1990)

Camacho (1993) destaca en este subperiodo dos procesos: (Camacho, 1993)

- La intensificación de la dependencia económica y su consecuencia, el enorme endeudamiento externo.
- Los cambios en los sectores hegemónicos y la intensificación de la dependencia económica

A partir de 1950, Costa Rica se enmarca en un modelo de desarrollo denominado "hacia afuera" que implicó una intensificación de la dependencia económica de las transnacionales y de los países capitalistas centrales. En el marco de la llamada política de "industrialización" y, dentro de ella, como parte importante, pero no única, el MERCOMUN, el país abrió las puertas a la inversión extranjera, a la cual colmó de ventajas y prebendas. (Camacho, 1993)

.- Los cambios en los sectores hegemónicos

La fuerte posición de los organismos financieros internacionales obedeció a la necesidad del financiamiento del exterior para mantener activa la economía, en ellos resaltan

el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, organismos que empiezan a tomar el poder de decisiones importantes en la vida económica del país.

Hay un hecho histórico que comprueba el poder que estos organismos adquirieron en este periodo, caso presentado en el Gobierno de 1978-1982 del Presidente Rodrigo Carazo por medio del Partido Unidad Social Cristiana (PUSC). Este Presidente intentó un rompimiento con el FMI, lo que costó a este Gobierno el cierre de los créditos en la banca multilateral por lo que tuvo que recurrir a la banca privada y aceptar condiciones leoninas, todo en medio de la recesión económica, que como efecto de la crisis, comenzó a sentirse por doquier en América Latina. El resultado fue un desastre: recesión económica, inflación inhabitual, problemas de abastecimiento de productos extranjeros fundamentales como el combustible, disminución enorme de reservas de divisas, elevación vertiginosa del dólar, y como consecuencia de ello, caída de la popularidad del Presidente. (Camacho, 1993)

Algunos sostienen que pese a la caída de la popularidad del Presidente Carazo, pudo seguir su administración porque las instituciones políticas del país estaban muy sólidas y el grado de legitimidad del régimen político, muy alto. Este hecho generó un efecto terminante: todos los gobiernos posteriores seguirán actuando disciplinadamente y atenderán dócilmente los dictados del FMI y el Banco Mundial. (Camacho, 1993)

Las medidas de estos organismos se orientaban al fomento de una economía que contara con un mercado libre y de reducción del Estado, lo que para Camacho provocó el inicio del proceso de transformaciones más profundas del régimen político costarricense en el cual el Estado había adquirido una importancia significativa.

Esta nueva estrategia constituyó la antítesis del modelo de sustitución de importaciones vigente en la posguerra y tiene su raíz en la teoría del comercio internacional; establecía la necesidad de una reinserción de la economía costarricense en los mercados internacionales, por lo que la asignación óptima de los recursos, la eficiencia en la producción y la competitividad representaban los pilares sobre los que se asentaba y requería desde el punto de vista de la política económica: la eliminación de distorsiones en la asignación de recursos, una menor participación del Estado como elemento orientador, regulador y productor; la atracción de inversiones externas; y el aumento del ahorro interno para financiar el crecimiento. (Villasuso, 2000)

Estas transformaciones apoyadas por estos organismos internacionales, y que se recomendaban a todos los otros países latinoamericanos, se desarrollaron dentro de los mecanismos de los Programas de Ajuste Estructural, programa que proponía: apertura del mercado a los productos del exterior tanto agrícolas como industriales, eliminación del proteccionismo a la industria, disminución del gasto público, freno al aumento de los salarios, mayor recaudación de impuestos, venta de las empresas públicas al sector privado, disminución de la actividad estatal en todos los campos, incluyendo la educación en todos sus niveles.

Estos Programas de ajuste estructural, daban por lo tanto la supremacía del mercado sobre la participación estatal en la atención de los asuntos económicos. A este programa se le denominó según las distintas etapas, el PAE 1, el PAE 2 y el PAE 3.

El PAE 1 permitió el acceso a los recursos provenientes de los préstamos obtenidos en la banca multilateral y en la propia AID (Agenda Internacional de Desarrollo), esto fue el primer golpe a la banca nacionalizada, avalado por los dos partidos tradicionales y mayoritarios que aprobaron cambiar la Ley de la Banca Nacionalizada con implicaciones en la apertura a la banca internacional privada.

El PAE II acompañó y profundizó los lineamientos del primero, aportando cien millones de dólares el Banco Mundial y cien millones más por parte del Gobierno Japonés.

La Administración de 1990-1994, dirigida por el PUSC (Partido Unidad Social Cristiana) no logró alcanzar la firma del PAE III, el cual pretendía entre otros, cerrar empresas del Estado y vender otras, aumentar la edad de jubilación, disminuir los servicios públicos como el seguro social, la educación, la construcción de viviendas por parte del Estado.

La no firma del PAE III y no haber alcanzado los principales acuerdos con los organismos internacionales en 1986, empezaban a dar destellos de falta de efectividad de la política económica propuesta.

En cuanto a la representación, el régimen electoral en esta etapa, era fuertemente bipartidista, lo que para algunos significa límites serios a la representación, crítica que se une a la falta de participación, que hace que la cúpula de ambos sea cada vez más similar y represente los mismos intereses y tenga la misma ideología.

Para 1990, el Partido Liberación Nacional, empezó a sentir rivalidad de su principal contrincante el Partido Unidad Social Cristiana, sin embargo, en la actualidad, ambas cúpulas son partidarias del modelo neoliberal y las diferencias que existen entre ellas son sólo de matiz.

Con la aparición en el año 2002 del Partido Acción Ciudadana (PAC), se presenta en Costa Rica una alternativa distinta a estas, sin embargo, no refleja una ideología clara al provenir sus dirigentes de estas dos fuerzas anteriores señaladas. Asimismo, el partido de la social cristiana se debilitó fuertemente a partir de los hechos grandes de corrupción (uno de ellos se da en la Caja Costarricense de Seguridad Social) detectados en dos de sus principales líderes, por lo que se mantiene el bipartidismo entre un partido que reúne representantes de distintas posiciones (PAC) y el Partido Liberación Nacional, que ha tenido el poder de Gobierno desde el año 2006 y hasta la actualidad aunque cada vez más dependiente de la necesidad de forjar alianzas con el PAC y otros partidos minoritarios.

A partir del 2001, las últimas administraciones han impulsado estrategias de desarrollo de mayor apertura comercial donde el sector exportador ocupa un papel central, situación que ha originado que las políticas de estabilización y ajuste constituyan el medio para lograr el objetivo propuesto.

En resumen, la historia de la política social en Costa Rica se divide en tres etapas: la génesis de la política social keynesiana (1950-1960), el desarrollo expansivo de la política social (1960-1980) y la crisis de la política social (1980-¿?) (Molina, 2006)

### **5.3 Limitaciones y retos en la consolidación del Estado de Bienestar costarricense:**

Algunos investigadores han detectado un estancamiento o escaso progreso de los principales indicadores sociales del país, por lo que los siguientes se definen como los principales retos para el futuro de la política social de Costa Rica:

- Contribuir al cierre de las brechas de equidad entre agentes económicos y sociales así como a nivel de áreas geográficas.
- Favorecer, a mediano plazo, la reducción de la pobreza por debajo del 20% de los hogares y avanzar de manera gradual pero sostenida hacia la superación de

la pobreza integrando a los sectores pobres y en condiciones de vulnerabilidad social a la corriente principal de desarrollo

- Alcanzar una adecuada valorización y calificación de los recursos humanos como medio para garantizar una inserción más competitiva en un mundo cada vez más interconectado.

Pese a muchos esfuerzos intentados por Costa Rica para disminuir realmente la pobreza o al menos erradicar las formas más extremas e inhumanas de esta pobreza, no ha logrado alcanzar sus metas de reducción de pobreza. Algunos expertos, consideran que no se ha logrado, porque simplemente hay un problema de incapacidad gerencial por parte de las instituciones, entendiendo la gerencia social no como un conjunto de procedimientos administrativos sino como ese esfuerzo por tratar de darle un sentido estratégico a la política y vincular la política pública o el enunciado de la política pública y el aparato propiamente tal que lo ejecuta.

Para algunos investigadores costarricenses, el problema de la política social en Costa Rica no es la limitación de recursos sino la asignación de estos, es decir, se trata de un asunto de gerencia, de efectividad. Por ejemplo, en algunos estudios, se cita que hay 52 programas dirigidos a la población más pobre, que son ejecutados por 23 entidades públicas, lo que refleja una política social fragmentada con duplicidad de funciones y criterios diferentes en la definición de la población objetivo, esto es un problema estructural que requerirá de muchos ajustes para lograr la coordinación y la integración institucional en las políticas públicas de carácter social.

Asimismo, FODESAF (Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares) es el principal fondo estatal de país especializado en financiar programas selectivos de superación de la pobreza, sin embargo, cerca del 80% de sus recursos han sido asignados por la vía legal a programas específicos, varios de los cuales no están relacionados con la atención a grupos pobres o vulnerables.

Dentro de las críticas al Estado de bienestar costarricense, las siguientes son algunas recopiladas de distintos estudios:

- Las instituciones sociales están obsoletas o débiles

- Falta de coordinación entre la política social y las políticas macroeconómicas y de desarrollo productivo
- La debilidad institucional del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, y el Instituto Mixto de Ayuda Social, las dos instituciones primarias en atender la pobreza.
- La baja calidad en la gestión del gasto social
- Debilidad en las redes de protección
- El escaso impacto en la reducción de la pobreza.
- La crisis de la seguridad social con repercusiones directas en la política de salud.

Ahí encontramos por lo tanto problemas en la eficiencia de las políticas como en la rendición de cuentas. La evaluación se ha limitado a número de beneficiarios y monto del gasto, lo cual no permite ir más allá o en qué medida esos programas están sacando de la pobreza a las personas y disminuyendo los niveles de desigualdad social.

Con una carga tributaria para el Gobierno Central cercana al el 12 o 13% algunos consideran que son muy pocas aspiraciones para tener políticas públicas de bienestar efectivas e integrales, el reto principal del Estado Costarricense ha sido y es aún, el poder avanzar en la parte fiscal. Costa Rica necesita una reforma tributaria importante que aumente la carga tributaria en 4 puntos por lo menos, para poder tener esas aspiraciones. (Jiménez, 2006)

#### **5.4. Efectividad de las distintas políticas públicas del régimen de bienestar costarricense a partir de la década de los 90's.**

##### a) Educación

El crecimiento es una condición necesaria para reducir la pobreza, y en esa relación interviene el tipo de crecimiento que se genere, el cual depende de las dotaciones de factores, la intensidad con que se usan esos factores de la producción y de la forma en que están distribuidas estas dotaciones de factores: el trabajo, el capital humano, la tierra y el capital.

Hasta 1980 Costa Rica había tenido una cobertura de la educación secundaria bastante respetable y comparativamente superior a la mayoría de los países de América Latina. Sin embargo, 4 o 5 años después, se da una caída de la educación secundaria.

Esta problemática, presenta una limitación a futuro en el contexto de la inserción del país en la economía mundial, ya que podría constituirse el país como otro exportador de mano de obra barata y por otro lado, no corregir esta situación de excluir a los jóvenes de las oportunidades del mercado. (Jiménez, 2006)

Jiménez, explica que cuando se habla de educación en realidad se está hablando a la vez de política económica como de política social, pues está implícita en ellas la forma de cambiar los factores (el recurso humano) y la forma en que será el comercio internacional del país. Eso es economía, pero también estamos hablando de las oportunidades que se están generando para los sectores de menores ingresos. (Jiménez, 2006)

Los datos muestran que sólo el 33% de los muchachos terminan la secundaria, se podría decir que todos tienen derecho a la educación, pero no se cumple en un 70% de los casos.

El problema de la educación en Costa Rica, no sólo es esa pérdida de cobertura sino también la pérdida de calidad, ambas han sido consecuencias del ejercicio de reducción de costos, aspecto considerado una falla del Estado, sin embargo, sus resultados han sido negativos para el desarrollo del país.

#### b) Empleo

Se indican a continuación los principales hallazgos del empleo en Costa Rica según datos estudio realizado por el economista Pablo Sauma: (Sauma, 2006)

- El 64% de la población reside en la región central, cuyo tema es muy importante en el tema de la regionalización del desarrollo.
- Lo que realmente afecta más la situación de pobreza es el desempleo.
- Se observa una pérdida de importancia relativa del empleo agropecuario.

- En términos relativos el empleo público ha venido perdiendo su importancia sobre todo a partir de 1985, aunque ha habido aumentos absolutos pequeños a partir de 1985.
- El empleo industrial ha estado estancado en términos absolutos, y se observa un fuerte aumento en servicios especialmente en comercio, restaurantes y hoteles.
- En Costa Rica hay una elevada predominancia de pequeñas micro, pequeñas y medianas empresas, que son las que absorben la mayor parte del empleo.
- El sector informal no agropecuario representaba un 34.6%, la informalidad está muy asociada con la pobreza, al igual que la economía campesina.
- Los empleos informales son generalmente auto-generados, muchas veces impulsados por la falta de ocupación.

El punto es que si bien es cierto en Costa Rica, el sector formal sigue siendo el más importante, a partir de los años 90 el crecimiento de empleo informal ha sido más rápido.

Hay una precarización del empleo, en términos de la proliferación de contrataciones temporales o empleos temporales, sin seguridad laboral, y otras formas de inseguridad, como protección contra riesgos del trabajo.

En Costa Rica, casi un 20% de las empresas son pequeñas, eso, según varios estudios, es una característica clave que tiene que ver con el estilo de desarrollo costarricense que no se encuentra en otros países de América Latina y se relaciona con la motivación que tiene un costarricense para crear una empresa: desempleo y pobreza o una decisión propia autónoma para crear un negocio. Esto se refleja en el desarrollo de las PYMES (pequeñas y medianas empresas) en el país como agencia promotora de empleo y desarrollo.

### c) Pobreza

Entre 1984 al 2004 el crecimiento económico osciló alrededor del 1.8% anual. Este, sin embargo, es un crecimiento débil si se compara con el observado entre 1960 y 1980. Este crecimiento, parece haber beneficiado en alguna medida a todos los grupos sociales. Sin

embargo, el beneficio ha sido mayor en los estratos más altos, según el coeficiente de Gini entre 1987 y 2005.

Costa Rica era el país en mejor posición de niveles inferiores de pobreza antes de la década de los 90, incluso si se toman los parámetros promedio de ese período, Costa Rica podría bajar a la mitad la pobreza en diez años. Sin embargo, esa situación cambió, pues a partir de dicha década, la pobreza se estancó, lo cual es una evidencia del deterioro de la efectividad del crecimiento para combatir la pobreza en el país. Al igual que el resto de América Latina, en Costa Rica se realizó una expansión de la inversión social que tiene una paradoja: es coincidente con el estancamiento en los niveles de pobreza.

A partir del año 1994 los niveles de pobreza no sólo no se han reducido sino que aumentaron en los últimos dos años. Las oportunidades de ingreso y de acceso a servicios públicos están desigualmente distribuidas en el territorio.

En Costa Rica, el ingreso por habitante continua sin crecer y la desigualdad en el ingreso sigue aumentando. A la vez, en el ámbito de la educación –que en otras décadas ha sido el principal motor de ascenso social en el país- persiste una situación de baja cobertura y alta deserción en el nivel de secundaria.

Costa Rica está en el grupo de los países latinoamericanos en los cuales el porcentaje de ocupados por familia pobre es de los más bajos de América Latina. No obstante, la baja incorporación de la mujer al trabajo y sus efectos, es un tema que constituye un eje esencial en esta discusión.

El mercado de trabajo es más exigente con las mujeres. Si se observan las tasas de participación de las mujeres, las que en general son bajas en Costa Rica, en el caso de las mujeres pobres urbanas es de sólo un 25%, mientras que en el de las de zona rural es menos del 20%. Pero no sólo la tasa de participación es muy baja sino que las tasas de desempleo son altísimas, situándose en niveles por encima del 20%.

Existe en el país, un problema serio de deserción estudiantil en la secundaria, lo que viene a hacer más problemática la pobreza, aún más si tomamos en cuenta que la CEPAL dice que la gente requiere por lo menos educación secundaria completa para tener una probabilidad del 80% o más para superar la pobreza.

En el caso de los ancianos, mayores de 60 años, cerca del 50% de los pobres tanto en la zona urbana como rural tienen pensión no contributiva. Es precisamente el grupo de personas adultas mayores que tienen pensión no contributiva el que tiene mayor riesgo de pobreza. Esto significa que hay una seguridad social que no logra proteger a los ancianos, y cuando los protege-con el régimen no contributivo- no los saca de la pobreza, sino que les da una transferencia que equivale como a la línea de pobreza extrema.

Además, no hay que dejar de mencionar el tema central del embarazo en adolescentes, en donde los datos son espeluznantes. Esto está muy ligado al de no haber podido rebajar la pobreza, pues con su estancamiento están creciendo los embarazos tempranos en el país. Se necesitan aproximadamente 12 años de estudio, de acuerdo a CEPAL, para pasar el umbral de la probabilidad de ser pobre, pero es precisamente en ese lapso cuando una proporción muy elevada de las mujeres en el país empiezan a tener hijos.

#### d) Exclusión

Algunos ejemplos de exclusión social en Costa Rica empiezan por el modelo económico aplicado. Los sectores en los que ha crecido la economía costarricense son por ejemplo, servicios financieros, el mercado de servicios en general, el turismo, exportaciones no tradicionales, pero las ocupaciones de los más pobres están en la informalidad y la agricultura. ¿Cuánto de este crecimiento económico le llega a los pobres cuando tenemos que el 50% de las personas en pobreza extrema están en la agricultura, un poco más del 40% están en el mercado informal y sólo un 7% está inserto en el mercado formal?

Otro ejemplo de exclusión social en nuestro país es el bono de vivienda, pues quienes acceden a este bono son los que tienen un pedazo de tierra. Entonces todas aquellas personas que son las más pobres y que son las que viven en precario y no tienen acceso al pedazo de tierra, quedan fuera del sistema del bono de vivienda, o sea, en un programa excluyente.

Un tercer ejemplo de exclusión está en la educación superior pública. La Universidad de Costa Rica (UCR) y la Universidad Nacional (UNA), las dos principales universidades estatales del país, son sistemas excluyentes a los cuales no tienen ninguna posibilidad de acceso las personas más pobres. Sin embargo, invertimos aproximadamente un 16% del total del presupuesto ordinario centralizado en la educación superior.

El crecimiento económico se ha logrado sin aumentos en el empleo o por lo menos sin generar el tipo de empleos que pueden contribuir a reducir la pobreza: una proporción importante de personas no encuentran trabajo en el mercado formal y se auto-emplea, lo que en una buena parte de los casos, significa un empleo muy precario.

De las políticas señaladas, se presenta a continuación un resumen del estado actual del país según algunos indicadores de estudios realizados en el aspecto económico y social:

.- INDICADORES SOCIALES (Capacidades)

- La remuneración promedio de los ocupados volvió a caer en términos reales, esta vez en 3.7% respecto al 2004
- Se mantuvieron las políticas de contención del gasto y contracción de la inversión social total (1.0%).
- El Fondo Social de ataque a la pobreza y que se financia de la transferencia de ingresos provenientes del impuesto de ventas se redujo de 28% en el 2000 al 20% en el 2005.
- La pobreza total afectó al 21.2 % de los hogares (238.037) y la extrema al 5.6% (67.711). Por segundo año consecutivo la pobreza total en el área urbana registró los niveles más altos desde 1994. El 52.2% de los hogares pobres se ubica en esta área. El indicador de vulnerabilidad a la pobreza alcanzó su valor más alto desde 1990.
- Un 34.9% de los ocupados adicionales, en el 2005 se insertó en el sector formal, un 45.2 % en el informal y un 20.0% en el agropecuario.
- Distintos estudios comprueban que Costa Rica vio crecer la desigualdad social. Esto significa que Costa Rica pasó de tener niveles de desigualdad semejante a los de naciones europeas, a niveles más cercanos a los de otros países latinoamericanos que destacan entre los más desiguales del mundo.

- En la última década la esperanza de vida ha aumentado en alrededor de 2 años y 4 meses, en tanto que la mortalidad infantil ha disminuido a niveles por debajo de las diez muertes de menores de un año por cada mil nacidos vivos.
- Las cifras de malnutrición por exceso de peso tienen relación con la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, en especial las cardiovasculares y cerebrovasculares, que actualmente ocupan el primer lugar como causa de muerte en Costa Rica.
- Según datos de la Caja Costarricense de Seguros Social (CCSS), en el 2005 el seguro de salud tenía una cobertura contributiva del 87.6% de la población.
- Los asegurados por cuenta del Estado en el seguro de salud son personas en condición de pobreza o vulnerabilidad que tienen cobertura con financiamiento del Estado. En años recientes se ha incrementado a un ritmo promedio del 12% anual.
- En 2003, el 86% de los estudiantes lograba terminar la primaria, contra solo un 25% en secundaria. Las distancias aumentan conforme se pasa a ciclo educativos superiores.
- En el 2005 la inversión social por habitante resulta un 21% menor que los existentes veinticuatro años atrás.
- En el 2005 la pobreza afectó a un 21.2% de los hogares costarricenses, lo que significa una reducción de 0.5 puntos porcentuales en relación con el año anterior. Esta incidencia se encuentra estancada. La pobreza extrema, por su parte, se mantuvo en el nivel del 2004 (5.6%) y estancada desde 1994.
- En el año 2005, se comprobó que está aumentando la vulnerabilidad a la pobreza de estos hogares, puesto que el porcentaje de hogares vulnerables aumentó al 13.2 %, que al sumarse al 21.2 % de los hogares pobres, dio como resultado un total de 34.4% de hogares en situación de pobreza o vulnerabilidad.

Las principales evidencias de la Encuesta de Ingresos y Gastos, realizada en el 2004, fueron:

- La sociedad costarricense es hoy más desigual que hace veinte años.
- En lo últimos años la medición de corto plazo muestra una mejora en la equidad que, lejos de tener por base una situación positiva, expresa por el contrario un hecho preocupante: las brechas se están cerrando porque la desmejora en el ingreso ya alcanza a los sectores profesionales medios, cuyos ingresos tienden a decaer y acercarse a los niveles más bajos.

El incremento de las brechas entre pobres y ricos se explica por:

- El ingreso promedio de los hogares del primer quintil que provienen del trabajador asalariado cayó en términos reales mientras que para el quinto quintil aumentó.
- El ingreso promedio de los hogares pobres (primer quintil) que se obtiene del "trabajo independiente informal" cayó en términos reales en tanto que en el quinto quintil creció.

En conclusión, el aumento de la brecha de ingresos entre pobres y ricos en el largo plazo se expresa por el deterioro que sufrieron los pobres.

- La brecha en la escolaridad promedio de las personas de 15 o más años de edad se duplicó entre los extremos del ingreso: en el quinto quintil alcanza 12.años, en contraste con los 5.2 años promedio de los miembros del primer quintil.
- El crecimiento de los hogares con jefatura femenina en el quintil más pobre, que no fue acompañado por mayores ingresos. Mientras que en el quintil más rico el crecimiento de la jefatura femenina fue menor y se registró un aumento en el ingreso.
- La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) estima en 3.2% el crecimiento de la economía de Costa Rica en el 2015, lo cual

significaría una disminución de 0,4 puntos porcentuales respecto a la expansión alcanzada un año atrás.

- Costa Rica cerró el 2014 con un déficit fiscal de 5.6% del PIB, el más alto de los últimos 30 años. Costa Rica, además, ha visto crecer su deuda externa en los últimos cuatro años. El país deberá analizar una reforma fiscal y priorizar la eficiencia del gasto público.
- El índice de pobreza subió de 20,7% de las familias en el 2013 a un 22,4% en el 2013 y el desempleo se estancó en un 8,6% de la fuerza laboral. La pobreza tiene sus efectos en la cobertura de salud, pues es un estado que agobia a las personas cuando asisten a los centros médicos pues tienen dificultades para contar con un seguro de salud. En el año 2014, un 23,8 % de la población en pobreza no tienen un seguro de salud en el país.
- En el año 2013, el Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, con base en datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), señaló que con ricos cada vez más ricos, pobres más sumidos en la escasez y una clase media que ha ido perdiendo ingresos, Costa Rica traza una amplia distancia entre sus clases sociales, concluyendo que la desigualdad de Costa Rica es una de las más altas en Latinoamérica. (Barrantes, 2013)
- En cuanto a la desigualdad, cayó en el 2014, pero provocada por la caída de los ingresos en hogares más ricos. En el 2013, la desigualdad medida con el coeficiente de Gini, fue de 0,522 mientras que en 2014 fue de 0,516. Se observa una disminución en el poder adquisitivo de los hogares en general, más marcados en los ingresos de los grupos con menores recursos. (CONARE, 2014)
- La crisis del año 2008 propició una baja en ingresos tributarios y más gastos en salarios. El endeudamiento respecto al PIB saltó del 39% en el año 2008 al 51% en el año 2012. (Déficits fiscales de los últimos 5 años más hundidos a Costa Rica en deudas crecientes, 2013)

- La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) estima en 3.2% el crecimiento de la economía de Costa Rica en el 2015, lo cual significaría una disminución de 0,4 puntos porcentuales respecto a la expansión alcanzada un año atrás.
- Costa Rica cerró el 2014 con un déficit fiscal de 5.6% del PIB, el más alto de los últimos 30 años. Costa Rica, además, ha visto crecer su deuda externa en los últimos cuatro años. El país deberá analizar una reforma fiscal y priorizar la eficiencia del gasto público.
- Costa Rica todavía es una jurisdicción atractiva para la inversión extranjera internacional a nivel regional y a nivel de países con la misma calificación, y esto es gracias a su grado de desarrollo humano, social, estabilidad política, a la estabilidad de las reglas de juego y sobre todo, a una posición regional estratégica con tratados de libre comercio con Estados Unidos y con China. Sin embargo, uno de sus grandes desafíos, es llegar a un consenso para lograr aprobar e implementar el incremento de la recaudación por medio de una reforma fiscal. (Arias, 2015)
- La CCSS planteará la posibilidad de que se establezcan modelos especiales para el aseguramiento de las empleadas domésticas por parte de sus patronos, pero que sin embargo, sería sólo para patronos de alto nivel económico. Con relación al resto, se pretende que el Ministerio de Hacienda asegure estas personas, sin embargo el Ministro de Hacienda, ha señalado que la situación fiscal no permitiría financiar nuevos gastos. (Vizcaíno, 2014)
- El índice de pobreza subió de 20,7% de las familias a un 22,4% y el desempleo se estancó en un 8,6% de la fuerza laboral. La pobreza tiene sus efectos en la cobertura de salud, pues es un estado que agobia a las personas cuando asisten a los centros médicos pues tienen dificultades para contar con un seguro de salud. Actualmente, un 23, 8 % de la población en pobreza no tienen un seguro de salud en el país.
- En el año 2013, el Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, con base en datos de la Comisión Económica para América Latina

y el Caribe (CEPAL), señaló que con ricos cada vez más ricos, pobres más sumidos en la escasez y una clase media que ha ido perdiendo ingresos, Costa Rica traza una amplia distancia entre sus clases sociales, concluyendo que la desigualdad de Costa Rica es una de las más altas en Latinoamérica. (Barrantes, 2013)

- En cuanto a la desigualdad, cayó en el 2014, pero provocada por la caída de los ingresos en hogares más ricos. En el 2013, la desigualdad medida con el coeficiente de Gini, fue de 0,522 mientras que en 2014 fue de 0,516. Se observa una disminución en el poder adquisitivo de los hogares en general, más marcados en los ingresos de los grupos con menores recursos. (CONARE, 2014)
- El actual modelo de desarrollo de Costa Rica ha sido eficiente para mover el país en la parte económica, pero se deja muy pendiente el tema de la infraestructura y la pobreza, por lo que necesita aceptarse en lo social y en materia de infraestructura. El modelo está vigente desde inicios de la década de los 80's del siglo pasado, cuando el país decidió sustituir una estrategia de desarrollo basada en la sustitución de importaciones por un inserción en la economía internacionales.
- Nuestro país, a mediados de la década de los ochenta, adoptó un esquema de desarrollo que ha tenido como norte la menor participación del Estado en la economía y en la sociedad en general. Para ello se aplicó una política económica inspirada en las políticas del Consenso de Washington, las cuales contaban con el beneplácito del Banco Mundial, el FMI y la AID.
- En este contexto, el proceso de "privatización de la economía" ha sido paulatino y ha adquirido una mayor profundidad luego de la aprobación del TLC de Costa Rica con EE.UU. Muchos servicios que el Estado ejercía han pasado a manos de empresas extranjeras, ya sea tomándolos directamente o participando en mercados donde también participan empresas públicas. (Fallas H., 2012)

En resumen, el modelo actual posee elementos positivos y negativos que se citan a continuación:

.- Positivos:

- En la última década, las exportaciones nacionales, crecieron exponencialmente.
- Costa Rica se mantiene como un destino atractivo para la inversión extranjera directa
- Se diversificaron de 120 a más de 3.000 productos exportados.
- 63.061 pymes existen a marzo de 2012, según la Cámara de Comercio de Costa Rica

.- Negativos:

- El país no ha logrado establecer mecanismos certeros de distribución de la riqueza
- Las universidades no han incrementado su oferta de profesionales en carreras científicas y técnicas.
- Los encadenamientos productivos no han sido del todo exitosos y no benefician a todos los sectores.
- 37.000 nuevos hogares en pobreza en el 2011, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos

Costa Rica tiene un modelo de crecimiento económico bastante claro y robusto. Los resultados de este proceso están a la vista, logrando ser el país líder regional en exportaciones tanto en términos de volumen con \$15.000 millones, como en términos de diversificación de productos, servicios mercados de exportación.

El modelo se dice incompleto porque los recursos generados no se han aprovechado para consolidar el modelo social y, más bien los modelos de educación, salud, energía e infraestructura de transporte se han quedado atrás y amenazan con convertirse en cuellos de botella para su continuidad. (Editorial, Modelo de Desarrollo, 2012)

Actualmente, el nivel de pobre es superior al 20% y con más de 1.100.000 pobres, muchos en pobreza extrema. Durante los últimos años Costa Rica no ha podido disminuir la

pobreza y el país ocupa los primeros lugares en desigualdad social y desempleo. Enfrenta un déficit fiscal que alcanza un 5% del PIB, lo que hace urgente la reforma tributaria y un mejor control del gasto público. (Monge, 2012)

#### .- INDICADORES ECONÓMICOS (OPORTUNIDADES)

- En el 2005 el número de ocupados en el país pasó de 1.653.879 a 1.776.903, es decir, se registraron 123.024 personas más, cifra considerablemente mayor que la observada en los años previos. De esta cifra el 51.01% son mujeres.
- Si bien se mantiene el aumento de la incorporación femenina al mercado de trabajo y en el 2005 su tasa neta de participación alcanzó un máximo de histórico de 40.4%, ello no se tradujo necesariamente en mejores condiciones de inserción para ellas. Así lo evidencia la tasa de subutilización total de las mujeres, que fue 6.5 punto mayor que la de los hombres, hecho que se explica por el mayor impacto del desempleo abierto femenino. En el año 2004, del total de mujeres ocupadas, el 53.3% lo estaba en el sector formal, un 41.8% en el informal y un 4.4% en el agropecuario. En contraste, los nuevos empleos detectados en el 2005 se distribuyen de la siguiente forma: 32.2% en el sector formal, 51% en el informal y el 16.8% en el agropecuario. Es decir los nuevos empleos para las mujeres son principalmente informales y agropecuarios.
- Es importante también el incremento de la participación femenina en la línea de crédito de desarrollo, ya que el número de nuevos créditos para mujeres pasó de 282 en 1999 a 3.027 en el 2005.
- Unido a las restricciones y medidas de contención en el gasto social, donde se comprueba que entre el 2003 y el 2005 se dieron saldos negativos en los rubros de educación, salud y asistencia social, resultados ligados a los problemas de gestión debido a dificultades relacionadas con las decisiones políticas y débiles capacidades gerenciales de las autoridades y los mandos medios de las instituciones.

- El PIB aumentó un 5.9% en el año 2005, lo que significa 1.8 puntos en relación al 2004. El PIB costarricense sigue siendo superior el promedio centroamericano.
- La exportación de bienes aumentó un 11.5%, creciendo de 6.301.05 millones de dólares en el 2004, a 7.026 en el 2005.
- La exportación total de bienes y servicios creció también en el 2005, ya que para ese año creció en un 12.6%, mientras que para el 2004, había crecido en un 8.2%.
- En cuanto a los mercados de destino, el principal continúa siendo Estados Unidos, con una participación del 42.7% del total de bienes exportados en el 2005; le siguen Centroamérica con un 17.2% y la Unión Europea con un 16.3%. Cabe destacar el crecimiento de la participación del mercado asiático, que fue de un 67.8% en el 2005.
- El salario mínimo sigue estancado, ya que del año 2004 al año 2005, su índice (base 2005) pasó de 112.8 a 113.1.
- La inversión extranjera fue de 861 millones de dólares y del cual 48.7% se genera de la reinversión de utilidades.
- La inflación en el año 2005 fue de un 14.5%, la más alta de los últimos ocho años, originada principalmente en el incremento del precio del petróleo.
- Los ingresos tributarios crecieron en un 19.6% y representaron en el año 2005, un 13.2% del PIB.
- La tasa de crecimiento del PIB, fue de un 5.9% aunque es una tasa fuerte de crecimiento, paradójicamente, el crecimiento del ingreso nacional por persona fue inferior, se redujo el ingreso de los ocupados y se observa un estancamiento en la incidencia de la pobreza.

- Costa Rica ha sido incapaz de integrar al movimiento sindical en el nuevo modelo de desarrollo y como consecuencia, ha tenido dificultades para asegurar un crecimiento económico sostenido.
- La creación de nuevas oportunidades para la población está relacionada con el incremento del ingreso nacional, lo cual apunta a la necesidad de fortalecer los encadenamientos productivos y lograr una mayor contribución de la economía interna al crecimiento del PIB, generando así más posibilidades de empleo, ingresos y disminución de la pobreza.
- Vale recalcar que para el año 2005, los ejes que están generando un PIB mayor son: Inversión Extranjera directa, Exportaciones y Turismo.
- Desde el último trimestre del año 2013, ha crecido el porcentaje de desocupados y ocupados en busca de empleo.
- Durante los últimos 3 meses del año 2014, la tasa de empleo aumentó 1.4 puntos porcentuales, pasando de un 8.3 % del 2013 a un 9.7% en el año 2014.
- Lo anterior no descarta una reversión de la participación de la mujer, la cual venía en aumento según las últimas encuestas continuas de empleo.
- La ocupación no calificada creció de un 22% a un 25%, en actividades tradicionales, tales como la agricultura, ganadería y pesca.
- Reflejo de la pérdida de competitividad que sufre el país y la consecuente salida de empresas. (Crece desempleo en Costa Rica, 2015)
- Los presagios del 2015 en materia de empleo no son buenos, ya que la tasa de desempleo rozó el 10% según la Encuesta Continua de Empleo del INEC. Este antecedente y el poco crecimiento económico proyectado por las cámaras empresariales con base en un clima de negocios que califican como difícil, hacen que el sector productivo no contemple con optimismo la posibilidad de ampliar las planillas.

- Al crecer el trabajo informal, significa que se están pagando salarios inferiores a los mínimos establecidos por ley y como no cotizan, tampoco tienen la protección de la CCSS. Sin embargo, la Unión de Cámaras ha venido insistiendo en la urgente necesidad de que la CCSS no exija la totalidad del pago de sus contribuciones a los trabajadores de medio tiempo, como si fueran contratados por una jornada completa pues significa un impuesto camuflado que deben sufrir patronos y trabajadores, y que desestimula la contratación de jóvenes, mujeres y trabajadores informales, que son los segmentos más vulnerables de la fuerza laboral. Se considera que algunas normas de la CCSS han resultado demasiado inflexibles frente a las necesidades cambiantes del sector privado formal. (Editorial, 2014)

#### c) INDICADORES DE DEMOCRACIA (LAS ELECCIONES DEL 2006-2010-2014)

- El principal resultado de estas elecciones costarricenses fue el fin de la era bipartidista del PLN y el PUSC, agrupaciones que condujeron al país desde la década de los ochenta. Esto obedeció a que la segunda fuerza fue la del PAC (Partido de Acción Ciudadana) que quedó de segundo lugar en las elecciones con un margen muy estrecho en relación con el Partido Liberación Nacional, que fue el ganador con el candidato Oscar Arias.
- Un segundo resultado, menos visible pero importante, fue la debilidad de los partidos para retener las lealtades del electorado y de sus bases territoriales. Ambos resultados han producido un sistema pluripartidista cuyo apoyo ciudadano es frágil y poco predecible.
- Estos aspectos se anudaron con factores de corto plazo, como el efecto de los escándalos de corrupción que salpicaron a tres ex presidentes de la República y una fuerte caída en la evaluación de la gestión del gobierno saliente. El abstencionismo empezó a asomar con fuerza a partir de estas elecciones.
- En las elecciones presidenciales de Costa Rica del 2010, resultó ganadora la candidata oficialista Laura Chinchilla Miranda del Partido Liberación Nacional superando al candidato de la primera fuerza de oposición Ottón Solís Fallas del Partido Acción Ciudadana. Entre los hechos históricamente destacables está

que es la primera vez que una mujer llega a la presidencia de Costa Rica y porque definitivamente se consolida el quiebre del sistema bipartidista del país estableciendo un sistema ampliamente pluripartidista dada la distribución por partido y por diputado en la Asamblea Legislativa de Costa Rica.

- Estas elecciones empezaban a reflejar un cambio significativo en el comportamiento electoral de los costarricenses, pasando de una posición partidista tradicional hacia criterios más racionales y menos emotivos para definir su voto.
- Para las elecciones del año 2014, resaltan muchos hechos importantes, por ejemplo, por vez primera se autorizó el ejercicio del sufragio en el extranjero, en cuya ocasión 2.771 costarricenses de un total de 12.654 inscritos, pudieron votar fuera de nuestras fronteras, para escoger al Presidente y Vicepresidentes de la República. Otro hecho importante, fue que la campaña electoral se desarrolló en el marco de una presencia más amplia, activa e inclusive beligerante de las redes sociales, que si bien es cierto ya existían estas redes hace cuatro años, para las elecciones del 2014 las redes sociales cobraron una intensidad significativa en el proceso de las elecciones haciendo perder peso relativo por la propaganda electoral pautada en medios de comunicación tradicionales.
- Otro elemento innovador, fue el que un 42% de la ciudadanía consideró fundamental para definir su voto, los debates televisivos que se dieron con los distintos candidatos. Ya se conocía una tendencia desde las elecciones anteriores del cambio del comportamiento electoral del ciudadano más racional menos emotivo.
- En las elecciones del 2014, se logró un porcentaje total de votos válidos de un 68,27% de electores, lo cual produjo la necesidad de efectuar una II vuelta el día 6 de abril para elegir en forma definitiva al próximo Presidente de la República, disputa que se daría entre el partido oficial y el Partido Acción Ciudadana (PAC), éste último resultó el ganador de la II vuelta.

Un desafío que tenía la II vuelta electoral y que no logró era disminuir el 31,73% de abstencionismo registrado en la elección recientemente celebrada.

### **5.5. Reseña histórica de la seguridad social en Costa Rica**

Los seguros sociales se habían establecido en Costa Rica en 1941 como una de las grandes transformaciones sociales, cuyo sistema siguió los delineamientos de la iniciativa del canciller Bismarck en Alemania a partir de 1883.

El líder político de esta reforma social, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, perteneciente a la doctrina social cristiana, expuso en los motivos que le llevaron a realizar su objetivo de la siguiente forma: " Los seguros sociales son la consagración de la política que el Estado realiza en beneficio de quien vive de su salario, a fin de protegerlos contra los riesgos que imposibilitan para trabajar y disminuyen su capacidad económica, poniéndolo en situaciones cercanas a la miseria " (Calderón, 1941)

Tanto el seguro de enfermedad y maternidad, como el de invalidez, vejez y muerte se fueron poniendo en práctica poco a poco. Los seguros por accidentes del trabajo ya habían sido establecidos mediante el Banco Nacional de Seguros (hoy Instituto Nacional de Seguros) desde 1924 para los obreros de las industrias.

El seguro de desempleo fue " temporalmente " sustituido por el preaviso y la cesantía establecidos en las garantías sociales y el Código de Trabajo por la propia Administración de don Rafael Ángel Calderón Guardia en 1943.

A pesar de ello, en ese año Costa Rica estaba todavía muy lejos de la universalización de los seguros sociales, y fue después de la Guerra de 1948, que se logró comprometer dicha universalidad por medio de la Constitución Política, siendo en 1961 que se adoptó la reforma constitucional que establece la obligación de universalizar los seguros sociales, incluyendo la protección familiar del régimen de Enfermedad y Maternidad, un plazo de diez años. En esa época sólo Canadá y Cuba poseían disposiciones similares. (Rodríguez, 2004)

En 1962, el Presidente Mario Echandi, se comprometió a elaborar el proyecto que declaraba como intocables y sagradas las rentas asignadas a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), según lo señaló en su mensaje a la Asamblea Legislativa del 01 de mayo de ese año.

La CCSS se creó con el mandato inicial de asegurar y brindar tres tipos de servicios a los trabajadores asalariados: salud, pensiones y prestaciones sociales. Inicialmente sólo el aseguramiento en salud era obligatorio, pero de modo paulatino los beneficios de la institución en salud y pensiones se han ido extendiendo a otros grupos.

Sin embargo, aún se mantenía la idea, en muchos líderes políticos del país, que los esfuerzos de la universalización no se habían alcanzado efectivamente, puesto que el sistema era clasista y sólo cubría a la población con empleo fijo.

La idea central radicaba en considerar la salud, al igual que la educación como una tarea prioritaria, que el Estado debe garantizar supletoriamente a toda la población, así que a partir de los objetivos de cobertura universal a la seguridad social, se empezaron a ver frutos de las grandes nuevas obras hospitalarias Hospital Nacional de Niños, en 1964, y el Hospital México en 1969, los cuales vinieron a representar luego el reflejo de grandes avances en el desarrollo de la medicina.

Durante los años setenta se llevó adelante la unificación de los servicios de salud asistencial, con la incorporación de los hospitales a la Caja Costarricense de Seguro Social, este paso y durante esa década, los hospitales llevaron adelante iniciativas en el campo de la salud.

Para 1980, los trabajadores inscritos en Enfermedad y Maternidad era el 67.8% de la población trabajadora, y con la cobertura familiar, se daba el beneficio de ese régimen al 75.7% de la población total. Ante el desplome del modelo de industrialización por sustitución de importaciones y la crisis de la deuda externa que nos dejó ese modelo como secuela, los años ochenta fueron de retroceso, tanto en lo económico como en los programas sociales. (Rodríguez, 2004)

En ese sentido, algunos economistas costarricenses han comprobado con relación al sector salud, el recorte del gasto que se hizo en los programas de medicina primaria y salud preventiva, los cuales beneficiaban más efectivamente a los sectores más pobres de la población.

“ El caso de la salud en atención primaria cayó en un 44% y su proporción del PIB pasó de 1.2 a 0.7 entre 1980-1988 ” (Castañeda, 1990)

En 1990 resalta, pese a dicha crisis, se estableció un nuevo modelo que se agrega al Sistema de Salud, mediante la implementación de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), el cual contiene un sistema de atención primaria cercano a los pacientes. Esto permitió lograr una mayor cobertura y un mejor abordaje de los problemas de salud de cada sector del país. (Rodríguez, 2004)

Los EBAIS están compuestos por un médico general, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico en atención primaria. El equipo de apoyo está conformado por un médico, una enfermera profesional, un odontólogo, un trabajador social, un nutricionista, un microbiólogo, un farmacéutico y un técnico en redes.

Conforme se fue implementando el modelo EBAIS, se logró aumentar la cobertura de atención en salud a la población nacional. En el año 1999 se alcanzó un 71%; en el año 2000 un 83% y en el año 2001 se cubrió un 92% del total de la población, lo que equivale a 3.522.988 habitantes.

Este sistema significó una inversión de gran magnitud en la compra de equipo médico moderno y en la construcción y renovación de infraestructura médica.

Estas transformaciones de orden general se complementan con cambios de gran relevancia en dos áreas específicas: la mortalidad infantil y el combate contra el cáncer cérvico-uterino. Lo de la mortalidad infantil, resalta interesante, que a partir de la década de los sesenta, Costa Rica se encontró con que, tras varios años de no bajar de modo relevante, en 1997 esa tasa subió al 14.2 por cada mil. A diciembre de 2001 se había logrado bajar esa tasa a un 10.8 por mil.

## **5.6 La reforma de la previsión social y la Ley de Protección Social**

El sistema de pensiones costarricense se basa en la contribución de los trabajadores permanentes y con cargos a las empresas y al Estado, situación que constituye por sus efectos en los costos de producción y en los impuestos, una redistribución regresiva de los ingresos, por afectar a la totalidad de los ciudadanos. Las cuotas pagadas por las empresas afectan los precios finales de los bienes y servicios y son absorbidas por todos los consumidores, no sólo por los pensionados o lo que se pensionarán con ese régimen.

Otro elemento que se critica por distorsionar la justicia del sistema, lo constituyen los regímenes de pensiones de privilegio para múltiples empleados públicos. Esto se, se observan grupos con ingresos relativamente altos en comparación con el 60% más pobre de la población. Además, estos sistemas de pensiones de privilegio para distintos grupos de empleados públicos, constituían una carga insostenible para el erario nacional, por lo cual acababa generando una inflación creciente. (Rodríguez, 2004)

Su financiamiento durante décadas arrastraba serios problemas que ponían en riesgo su sostenibilidad futura y además creaban un creciente problema social por la exclusión de cientos de miles de trabajadores de cualquier beneficio de esa índole.

Es así, que en el Gobierno de Calderón Fournier del Partido Unidad Social Cristiana (PUSC, 1990-1994), con el fin de eliminar privilegios, logró la aprobación de una reforma importante a los sistemas de pensiones de privilegio. Esto fue mediante la aprobación de la Ley Marco de Pensiones en julio de 1992. Dicha reforma incluyó impuestos sobre la renta como contribuciones especiales de las pensiones de mayores montos.

Se creó un régimen de capitalización a cargo de la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional, y se cerraron las posibilidades de adelantar la edad de pensión, ya que estaba permitido que muchas personas se pensionaran incluso antes de cumplir cincuenta años.

En la Administración Figueres Olsen (1994-1998), del Partido Liberación Nacional (PLN) se continuaron las reformas con apoyo del PUSC, en este caso, en alcanzar reformas al régimen de pensiones del Magisterio, mediante las cuales los maestros asumen la responsabilidad por la solidez de su sistema, y no la comunidad en general. Asimismo, se logró eliminar el régimen de pensiones de los diputados.

En la Administración de Rodríguez Echeverría (1998-2002), del PUSC, se fortaleció el sistema no contributivo para atender las necesidades de los ancianos y las ancianas pobres sin derecho a otra pensión. Esto con cargo al Fondo de Desarrollo Social, el Instituto Mixto de Ayuda Social, y la Caja Costarricense de Seguro Social. Al final de esa Administración este beneficio cubría a un 36% del total de personas mayores de 65 años sin pensión, quedando a esa fecha sin cobertura unas 5.000 personas en esas condiciones. Dicho beneficio contempló

en esa administración un aumento de casi un 100% en relación con el monto original a la llegada de Rodríguez a la Presidencia.

Resalta en esa Administración, la aprobación de la Ley de Protección al Trabajador, la cual parte de la teoría propuesta por Joseph Stiglitz, Premio Nobel de Economía, y en ese entonces, Vicepresidente del Banco Mundial, quien proponía que frente al problema de desempleo creado por los incentivos perversos para no trabajar que establecían los seguros de desempleo, cabía la solución de usar para pagar el ingreso durante los periodos en que un trabajador no tuviese ocupación pagada, los recursos guardados para su futura pensión. De esta manera el trabajador desempleado recibía ingresos durante ese período, pero sin aumentarle su patrimonio pues se descontarían esos ingresos de su futura pensión.

Para dichas reformas se logró el consenso de los actores sociales y económicos representados en la Comisión denominada Concertación Nacional, integrada por La Unión Costarricense de Cámaras y Asociaciones de la Empresa Privada (UCCAEP), el Movimiento Sindical, el Movimiento Cooperativo y el Gobierno de la República con el partido oficial PUSC, lo que permitió revelar dos aspectos: la participación conjunta en la elaboración de una propuesta y el equilibrio de los intereses en juego entre los sectores empresariales y los sociales.

Aquí, se puede explicar que los patronos consideraban más relevante el saneamiento del régimen de pensiones, porque eran conscientes de los elevados costos futuros para la economía nacional de no hacerlo, y los trabajadores daban más importancia al tema de la cesantía porque implicaba un beneficio más inmediato para ello. (Rodríguez, 2004)

De esta forma se llegó en el año 2000 a la aprobación de la Ley de Protección al Trabajador, el cual para Rodríguez configuraba un sistema multipilar, a partir del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte como pilar básico obligatorio que incluye a todos los asalariados y debe incorporar paulatinamente a los trabajadores independientes. Para ello se debió fortalecer el combate a la evasión y morosidad patronal, así como la supervisión de las inversiones para que tengan rendimientos de mercado y se incluyó una disposición para que las entidades públicas contribuyan al sostenimiento de este pilar con un 15% de sus utilidades.

Como segundo pilar, señala Rodríguez, es la conformación con esta ley del Régimen Obligatorio de Pensiones Complementarias, que no implicó una erogación adicional alguna

para los trabajadores, ya que se financió con una redistribución de los aportes que ya realizaban. Este régimen fue definido mediante un sistema de capitalización individual, donde el trabajador tiene su fondos a nombre de él y en la operadora de pensiones de su libre elección, lo que impide que el Estado utilice dichos fondos por urgentes que sean sus necesidades fiscales, por lo tanto se considera un verdadero fondo de capitalización.

Como tercer pilar, se estableció el ahorro voluntario administrado por operadora de pensiones autorizadas, brindando incentivos fiscales razonables para quienes se acogen a este régimen.

El cuarto y último pilar universaliza el régimen de pensiones no contributivas, financiándolo con recursos de la Lotería Nacional Electrónica que se creó para tal propósito.

Esta reforma es conocida como la "reforma social de nuestro tiempo" y al cual para garantizar el adecuado funcionamiento y la transparencia del sistema, se creó la Superintendencia de Pensiones con potestades para vigilar y controlar todos sus componentes. Además, implicó la apertura a las operadoras privadas de pensiones, funcionando paralelamente a las públicas.

Al ser este régimen mantenido por un fondo estatal de reparto, se le reconoce su solidaridad social, en estricto apego a la tradición costarricense. (Rodríguez, 2004)

Es importante señalar, que este proceso de concertación de 1988, se considera un hito relevante reciente en la democracia costarricense, pues reúne actores del sector privado, sindical y del Gobierno, lo cual deviene por tanto de una inclusión plural de la sociedad, al ser un consenso que contaba con un procedimiento formal y un agenda específica susceptible de ser aceptada y negociada, generó la transparencia y la confianza. Sus resultados comprometían a la gestión de políticas públicas relacionadas con los acuerdos logrados en la comisión de concertación nacional de 1988. (Barahona, Gallardo, & Sojo, 2000)



## 6. EL SISTEMA DE SALUD EN COSTA RICA: SU HISTORIA, SU CONSTRUCCIÓN Y TRANSFORMACIÓN.

### 6.1 Historia (Gómez O. , 2003)

Esta investigación ha considerado valiosa la construcción de antecedentes y de los principales acontecimientos que contribuyeron a la conformación del Sistema de Salud Costarricense, todo conjuntado en las distintas políticas públicas que fueron configurando el sistema. Para eso ha tomado como referente contextual, la construcción histórica debidamente descrita por el Profesor Omar Gómez, de la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica.

A continuación se detallará dicha descripción por cada periodo histórico:

#### a) El período precolombino

A la llegada de los españoles a América, Costa Rica estaba habitada por muchos miles de indígenas que vivían asentados en diferentes partes del territorio nacional. La tierra estaba cubierta de tupida selva, difícil de penetrar y de trabajar, tanto en el campo de la agricultura como el de la ganadería; la lluvia incesante no dejaba de caer y los ríos se desbordaban por todo el territorio nacional.

Los grupos indígenas se dividían por su estructura social y sanitaria, los *chorotegas* se encontraban en la provincia de Guanacaste, en la Península de Nicoya y el norte del país. Los *bruncas* estaban en toda la parte sur del país, los *huetares* en todo el territorio especialmente en el atlántico, valle central y costa pacífica. Los *nahuas* se encontraban entre los huetares y los chorotegas.

La expectativa de vida era corta y las infecciones se encontraban entre los males más frecuentes, así como las caries y la pérdida de piezas dentales. Padecían, además, de problemas artríticos, y con menor frecuencia, de tumores y enfermedades cardiovasculares.

El tabaco era considerado una planta sagrada, dotado de propiedades mágicas y divinas. Además, experimentaban con hierbas medicinales y tenían verdaderos jardines botánicos.

b) La época colonial: El período del descubrimiento y la conquista

Los españoles que llegaron a nuestro país eran andaluces, catalanes, gallegos y asturianos. Cristóbal Colón, en su último viaje, el cuarto, desembarcó propiamente en Costa Rica, en el sector del Caribe.

La primera población se fundó en el año 1524 en el Pacífico Central, año en el que aparecen los primeros casos de peste bubónica, altamente mortal y epidémica producida por pulgas de rata.

Tanto los enfrentamientos bélicos con los españoles como las enfermedades infecto-contagiosas (viruela, sarampión, peste, tifus) y venéreas, traídas por los ibéricos, para los cuales los aborígenes no tenían defensas inmunológicas, la desnutrición y la esclavitud significaron hechos que provocaron una reducción violenta de la población indígena.

Durante el período colonial, la sociedad costarricense se desarrolló lentamente; la economía, la política y el crecimiento de la población marcaron un ritmo casi imperceptible; sin embargo se produjeron intensas luchas contra los indígenas de Talamanca, que no se sometieron fácilmente.

La Costa Rica de la colonia de los siglos XVII y XVIII, presentaba abandono y extrema pobreza, originado por la falta de minas de oro y plata, la poca población indígena, la falta de medios de comunicación hacia el interior que se reflejaban en su situación productiva y en la pérdida de la moneda circulante, lo cual obligó a utilizar el cacao como moneda, y a la práctica del trueque con artículos de consumo básico.

En esa época, había un profundo atraso cultural, y los servicios eran inexistentes, incluyendo por tanto los servicios de salud. La alimentación se basaba en el maíz, el trigo, las legumbres y algún producto del escasísimo ganado o de la cacería, lo que implicaba una dieta pobre en proteínas de buena calidad y en energía.

Las palabras del Dr. Esteban Courti, uno de los primeros médicos asentados en Costa Rica, aclaran aún más la realidad que se vivía en relación con los servicios de salud. Dice el doctor sobre nuestro país: *“ Era la provincia más atrasada del Reino de Guatemala. Sus 50 mil habitantes vegetaban miserablemente con gran aislamiento. No había en toda ella una imprenta ni un médico, ni una botica ”*.

Con el tiempo, el cacao empezó a ser importante hacia finales del Siglo XVII orientándose el mercado hacia Colombia y Panamá. Igual, en 1776 se autorizó la producción y comercio del tabaco.

Para entonces, la salud como objetivo de la sociedad era desconocida. Los habitantes vivían en un estado permanente de amenaza por enfermedades de origen desconocido, sin prevención clara, cuyo tratamiento era tan incierto como sus consecuencias. (Miranda, 2003)

### c) La Época Republicana (1850-1950)

En la primera mitad del siglo XIX, casi todos los países latinoamericanos atravesaron por una grave depresión económica, no obstante, Costa Rica en estos momentos ya se constituía en un país con estabilidad institucional, según los historiadores que la definen como de estado de desarrollo moderado en esta época, principalmente por el sector agrícola con las exportaciones de café y luego de banano.

Costa Rica pagó una alta cota de mortalidad total e infantil, de desnutrición y parasitosis, las acciones asistenciales se dieron de forma esporádica, para la atención de problemas críticos. Se crearon juntas de sanidad en las principales ciudades, se realizaron campañas de vacunación en 1806, 1821 y 1830.

En 1836 se dictó el Reglamento de Policía y Salubridad, conforma al cual, la Junta de Sanidad del Estado asumió la coordinación de las juntas locales.

La producción de café, asimismo, permitió impulsar el desarrollo del país entre 1840-1950, década en la cual se construye la carretera hacia su región del Pacífico, así como la construcción de vías para el transporte de ferrocarriles.

Igualmente, alrededor de la producción cafetalera, se fue creando un modelo liberal de la sociedad, conformada con clanes familiares de terratenientes, los cuales tenían poder político en dicho modelo.

El crecimiento económico desencadenó la formación de una clase dirigente y aristócrata, el desarrollo educacional y la consolidación de un organismo rector de la sociedad.

El más prominente político de esa época, fue Tomas Guardia Gutiérrez, quien desempeñó el liderato entre 1865 y 1880, logrando cuatro hechos fundamentales:

- 1) Aprobar la Constitución Política, que logró vigencia durante 75 años
- 2) Elevó al rango constitucional la obligación del Estado de fomentar y costear la educación universal primaria
- 3) Declara la inviolabilidad de la vida del costarricense, aboliendo por tanto la pena de muerte.
- 4) Consolidó las instituciones cívicas del Estado y los derechos políticos de los ciudadanos.

Entre los años 1853 a 1890, los servicios de salud, que eran concebidos como "caridad" cristiana a los más necesitados, fueron suplantados por la idea de la beneficencia o asistencia básica. Las juntas de caridad obligaron al Estado a que asumiera la responsabilidad de la salud de los pobres, para que tuvieran, por lo menos un lugar donde llegar a morir.

En 1857 se creó el Patromedicato Nacional y la Sociedad Médica, como una repercusión de la epidemia de cólera que azotó a Costa Rica en ese año. Estas organizaciones intentaron enseñar medicina y farmacia, aunque los primeros cursos se abrieron en 1874.

Realmente, Costa Rica pasó de actividades de caridad a un modelo de beneficencia pública, en el cual instituciones privadas, religiosas o comunales, se hacían cargo de los centros de atención de los enfermos, y el Estado mantenía una prudente distancia y participación indirecta, al autorizar por ejemplo, que de las ventas de lotería se financiara a ciertos hospitales y el pago del médico del pueblo, quien otorgaba asistencia gratuita a los pobres.

Las acciones dirigidas a la protección de la salud en Costa Rica, se reflejan en el período que va desde 1806 hasta 1943, durante el cual los ciudadanos buscaron distintas opciones bajo esquemas solidarios. En el año 1845 se fundó el hospital San Juan de Dios y en 1868, los artesanos de San José crearon la primera caja de ahorros y mutualidad. En 1901 la Liga Obrera luchó por los seguros de riesgos de trabajo, con financiación tripartita.

El primer médico costarricense graduado en Inglaterra, fue José María Montealegre, en 1840, en esa época sólo existía una universidad que nunca pudo enseñar medicina, tampoco existía en esa época una mano de obra calificada que demandaran medicina del trabajo y organizaciones gremiales.

En 1880, EL Dr. Carlos Durán trajo las técnicas de la antisepsia y la anestesia a Costa Rica. Reorganizó el Hospital San Juan de Dios, lo dotó de salas de operaciones y de instrumentación y estableció medidas ambientales de protección a la salud como los drenajes de aguas negras.

En 1885 se construye un hospital para albergar enfermos mentales, obra financiada con ingresos de la lotería nacional administrada por la Junta de Caridad del San Juan de Dios, hoy llamada, Junta de Protección Social de San José.

En 1890, el Dr. Durán funda la primera escuela de enfermeras, introdujo el primer dentista al hospital, descubrió parásitos que provocaba grandes anemias, introdujo normas de nutrición y otros elementos importantes.

En 1894, se decretó la Ley de Médicos de Pueblo, que dividió al país en distritos médicos, por medio de ella, al profesional se le asignó: la notificación de enfermedades, el registro de casos y causas de las dolencias, la prohibición de la venta y el consumo de artículos nocivos para la salud, la atención de enfermos en hospitales, la medicina legal, la organización de juntas cantonales de sanidad y la calificación del estado de pobreza de los vecinos.

En 1918, se inaugura el sanatorio para enfermos de tuberculosis, gracias al esfuerzo del Dr. Durán.

#### d) La salubridad pública y la beneficencia social (1900-1940)

Costa Rica llega al siglo XX con sus problemas de pobreza, su economía pequeña netamente agrícola, con una inversión en salud y en educación marginales y con un Estado muy limitado en sus ingresos que aplicaba por tanto un gasto público muy reducido en el campo social.

A nivel internacional, por las epidemias que se desataban, en la Liga de las Naciones y dado el éxito que se observaba en los seguros sociales de Europa después de la Segunda Guerra Mundial , la OIT presentó en 1923 recomendaciones pertinentes para organizar y fomentar la higiene y el saneamiento de las comunidades, a través de un ente directriz. Así surgen en Latinoamérica, las secretarías o ministerios de salubridad.

Durante el período de 1900 a 1940, se producen grandes avances en lo concerniente a la salubridad pública, así como en programas de beneficencia para asistir a los pobres. Se crean leyes, decretos y demás normativa para enfrentar las problemáticas de salud que atravesaba el país.

Es a inicios de ese siglo que comienzan a llegar los primeros médicos del extranjero, básicamente entre 1902 a 1936. En 1907 igualmente se aprueba una partida del Presupuesto de la República para financiar una campaña contra la anquilostomiasis.

En 1914 se creó el Departamento Sanitario Escolar para la protección de la salud de menores de siete a catorce años que asistían a las escuelas.

En 1922, por el Decreto Ejecutivo No. 1, se estableció la Subsecretaría de Higiene y Salubridad Pública, dependiente de la Secretaría de Policía y se encargaría de:

- Saneamiento y beneficencia social
- Control preventivo y profiláctico de la anquilostomiasis
- Dirección del Departamento Sanitario Escolar y prevención de control de algunas epidemias infantiles.

En 1923 se creó la Ley sobre Protección de la Salubridad Pública, considerada el primer código sanitario que fortalece la Subsecretaría y se le agregan nuevos servicios. Esta ley declara “ la salud nacional como obligación del Estado y la salud local, responsabilidad de los municipios”.

En 1927 ya se había creado el Banco de Seguros, la cual era solidaria con las empresas, limitada a las pólizas de seguro. El Banco de Seguros se transforma mucho tiempo después en el Instituto Nacional de Seguros, la cual representa aún el monopolio estatal en seguros de trabajo.

En ese mismo año, se le adjudica a dicha subsecretaría la atención de hospitales, lazaretos, hospicios, casas de maternidad, instituciones protectoras de la infancia, que eran responsabilidad de la Secretaría de Beneficencia. Esto originó que en 1927 se establezca Secretaría de Salubridad y Protección Especial para el control de enfermedades infectocontagiosas y servicios de protección social.

El primer Secretario de Salubridad, fue el Dr. Solón Núñez Frutos quien se desempeñó primero como maestro, luego como visitador de escuelas, esto hizo que su labor en la Secretaría tuviese un papel basado en la prevención de enfermedades y promoción de la salud, por medio de actividades de índoles educativa.

El Dr. Núñez funda la primera unidad sanitaria, luego denominados centros de salud, los cuales brindaban servicios médicos, de enfermería y laboratorio.

A partir de ese momento el concepto de salud pública empezó a tener una concepción formal dentro del Estado y durante años se fue creando una legislación para el tratamiento y prevención de problemas de salubridad pública, como:

- La creación del sanatorio antituberculoso Dr. Carlos Durán
- El funcionamiento de clínicas prenatales
- Las leyes sobre padecimientos debidos a: malaria, viruela, fiebre amarilla, fiebre tifoidea, uso de drogas estupefacientes y mordeduras de serpiente.
- Reglamentos para control de funcionamiento de panaderías, carnicerías, fábricas de sustancias alimenticias, cañerías, droguerías y boticas, cementerios, alimentos y bebidas.
- Regulación para el ingreso de personas tuberculosas en el país.

Como un aspecto político importante que luego traería un mayor fortalecimiento del sistema de salud, fue que en 1934 se fundó el Partido Comunista encabezado por su líder Manuel Mora Valverde, el partido comunista tenía entre la lista de sus objetivos, la creación de los seguros sociales para beneficio de los trabajadores y sus familias. En ese período se dieron muchas luchas sindicales y cívicas, formándose el Partido Reformista del Padre Volio,

paralelamente a una fuerte posición social de la Iglesia Católica, dirigida por la Carta Pastoral de Monseñor Thiel, en especial sobre el derecho a un salario justo.

e) Los programas de salud preventiva (1940-1970)

A partir de 1940, la Secretaría de Salubridad Pública, fue adquiriendo autoridad política lo que le facilitaba presentar proyectos a la Asamblea Legislativa, de esa forma fue creciendo y creando a la vez distintas instancias que le permitieron continuar enfrentando los problemas viejos y los que emergían en el futuro. (Gómez, 2003)

Fueron surgiendo los departamentos de lucha antivenérea, odontología, drogas estupefacientes, lucha contra el paludismo, tuberculosis y lepra, otros departamentos también se crearon para la cuantificación de problemas, el empleo de estadísticas vitales, saneamiento básico: que tenían que ver con la calidad del agua, tratamiento de aguas residuales y residuos sólidos, condiciones de las viviendas, acueductos, alcantarillados y el manejo y uso del agua potable.

Todas estas acciones fueron creando un modelo de servicios de salud inspirado en la protección de los individuos y en el mantenimiento del bienestar de las comunidades. Se fue reemplazando el concepto de "caridad" y "beneficencia pública" a otros de salubridad preventiva, preocupado por el desarrollo de campañas y concentradas en evitar que la persona y la colectividad se enfermaran o expusieran a situaciones de riesgo. (Gómez, 2003)

Gómez, resalta como un hecho destacable la promulgación del Reglamento General del Patronatos y Juntas de Protección Social, el 20 de mayo de 1941, que permitió el financiamiento para que funcionaran las "unidades sanitarias". Las juntas de protección social tenían a cargo la administración de las subvenciones que giraba el Gobierno así como los impuestos de beneficencia y la lotería nacional.

Esta administración que realizan las juntas de protección, se tradujeron en grandes avances en los niveles de salud del país.

Otros hechos relevantes, fueron la creación en el año 1941 del Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SNAA) con el objetivo de suministrar agua potable y una adecuada eliminación de aguas negras y servidas. Actualmente, este organismo se llama Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA).

En ese mismo año, se creó la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que brindaba servicios médicos por medio del Seguro de Enfermedad y Maternidad para el área metropolitana de San José y cabecera de provincias, con carácter obligatorio para asalariados con sueldos menores a cuatrocientos colones mensuales. En 1943, el seguro social se elevó a rango constitucional. Luego en 1944 y 1947, se extendió este seguro a todo el grupo familiar. Sobre la CCSS se explicarán más detalles a continuación, dada su relevancia histórica y actual en el sistema de salud costarricense.

En 1943 se promulgó el Primer Código Sanitario, que reemplazó la Ley sobre protección de salubridad pública en 1923. El código recogió la legislación producida en el campo y la amplia experiencia acumulada en salubridad pública, analizaba la estructura de la Secretaría de Salubridad Pública y las normas y controles en salubridad local e internacional. (Gómez, 2003)

En 1949, la Secretaría, cambió su nombre por el de Ministerio de Salubridad Pública y se fundó la Dirección General de Salubridad, del cual se indica como el principal avance estructural producido hasta la fecha en el sistema de servicios de salud del país debido a la integración de servicios médico-preventivo en un solo mando, en el cual se coordinaban y estabilizaban esfuerzos sobre promoción, prevención y educación sanitaria.

El cambio de nombre, llevaba implícito un nuevo concepto de salubridad pública: investigación, coordinación con otros sectores, capacitación a todo nivel, economía de esfuerzos, participación en foros internacionales, cooperación y asistencia técnica y definición de prioridades.

En 1950, se creó el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, para planificar la red hospitalaria, distribuir y fiscalizar recursos económicos, y supervisar instituciones privadas de servicios hospitalarios.

En 1951, se fortaleció el Ministerio de Salubridad Pública, al asignarse el control de los hospitales a las Juntas de Protección Social y se intensificaron las acciones en el campo preventivo. Se inauguró ese año el Hospital Central (hoy, Calderón Guardia), se amplió la cobertura a escala nacional con la apertura del hospital de Turrialba y luego en Heredia.

En 1956, se creó el seguro familiar para atender a los hijos menores de 12 años, a la esposa o compañera y a los padres, si fueran dependientes del asegurado directo.

En 1961, la Asamblea Legislativa exigió a la CCSS que, en un plazo de diez años, ofreciera una cobertura nacional de servicios. En 1969 se inauguró el Hospital México, el centro médico más especializado del país.

En la década de los 70s se estableció la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica (UCR).

En el siguiente cuadro se pueden observar los grandes avances en los niveles de salud del país separados por períodos de análisis.

Cuadro No. 3  
TITULO  
ALGUNOS INDICADORES DE SALUD EN COSTA RICA  
(1930-1950-1970)

INDICADOR/AÑO	1930	1950	1970
Esperanza vida al nacer (años)	42,2	55,6	65,4
Tasa de mortalidad infantil (x1000)	172,0	95,0	67,0
Tasa de mortalidad 20-49 años (x10.000)	102,0	45	24,0
Gasto público en salud per cápita EE.UU \$	11,0	8,0	37,0
Médico (x diez mil habitantes)	2,7	3,1	5,6
Defunciones con certificación médica (%)	44,0%	60,0%	71,0%
Partos institucionalizados (%)	----	20,0	70,0%

Población con seguro de enfermedad (%)	----	8,0%	39,0%
Población con agua de cañería (%)	----	53,0%	75,0%
Población con servicios sanitarios de agua (%)	----	48,0%	86,0%

Fuente: Rosero, 1985, "Reformas recientes en el Sector Salud de Costa Rica". En Guendel y Trejos, 1994, Serie Reformas Políticas Públicas 18, CEPAL, Chile

## 6.2. La importancia de la Caja Costarricense de Seguro Social

Como se indicó anteriormente, en el año 1941, se creó la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que brindaba servicios médicos por medio del Seguro de Enfermedad y Maternidad para el área metropolitana de San José y cabecera de provincias, con carácter obligatorio para asalariados con sueldos menores a cuatrocientos colones mensuales.

Y es que la importancia que revista la CCSS es porque la misma surge de uno de los hitos más importantes de la historia política costarricense, como fue la alianza entre el Partido Comunista, la Iglesia Católica y el Partido Social Cristiano en 1941 y que desarrollaron trascendentes programas, siendo uno de ellos, la aprobación de la ley para establecer la CCSS y la introducción de las garantías sociales, que anteriormente habían presentando fuerte resistencia para su aprobación, de hecho, aún luego de su aprobación la ley de la seguridad social sufrió muchas modificaciones, entre ellas la discusión de la autonomía de la CCSS.

El texto que creó la Caja Costarricense de Seguro Social diferenciaba a los trabajadores en obreros, empleados públicos y particulares, con cotizaciones diferentes con una opción para los trabajadores independientes, con el mismo tope de 300 colones.

La CCSS, fundada por la Ley No. 17 de 1941, se establece luego constitucionalmente en 1943 con el siguiente objetivo:

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

La ley dejó claro que la administración y gobierno de los seguros sociales quedará a cargo de una institución permanente, con esfera de acción propia, llamada Caja Costarricense de Seguro Social, lo cual luego se modifica por otra ley que indica la CCSS desempeñará sus funciones con absoluta independencia del Poder Ejecutivo.

Luego la Ley No. 24 del 2 de julio de 1943 establece que los fondos o reservas de los seguros sociales no podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a los que motivaron su creación, y su manejo ser hecho por la Caja, de acuerdo con su ley constitutiva. Además, define esta ley que los seguros contra riesgos profesionales serán de exclusiva cuenta de los patronos y se regirán por disposiciones especiales.

Este hito importante, reflejaba las bases del desarrollo de un país de reducida población y magras posibilidades por su economía agrícola y altamente dependiente, pero que había hecho de la cimentación democrática un permanente accionar. (Miranda, 2003)

Y es que en definitiva dichos elementos democratizadores seguirían fortaleciéndose con resultados positivos en la búsqueda de mejores condiciones de salud, entre otras latentes necesidades del país.

En 1948, se generó un conflicto político elemental, que contribuyó a crear el clima para que finalmente estallara la "guerra civil" en 1948, momento en el cual Costa Rica vuelve a vivir la inestabilidad política, provocada por el deterioro de las condiciones económicas agravado aún más por algunos errores políticos por el líder del Partido Social Cristiano, Dr. Rafael Ángel Calderón. Esta situación generó una fuerza impulsora de la ideología socialdemócrata, bajo el nombre del Partido Liberación Nacional, sobre la cual se fundamentaría el siguiente modelo de desarrollo de Costa Rica a cargo del líder José Figueres Ferrer.

En medio de este contexto, la CCSS empezó a ejercer sus funciones, donde sus primeros asegurados fueron los funcionarios públicos, los medicamentos se distribuían en farmacias particulares.

La Caja Costarricense de Seguro Social amplió significativamente su cobertura, extendiendo ampliamente su cobertura. En 1968 se introduce la cobertura familiar, obligatoria

para la esposa o compañera, para los hijos menores de doce años y para los padres si fueren dependientes del asegurado directo.

De 1942 a 1960, las personas aseguradas por enfermedad y maternidad habían pasado de 12 mil personas a 189 mil personas, lo que representaba en 1960 el 25% del total de la población económicamente activa. (CCSS, 1968). Esta ampliación de cobertura se daba sin aparentes déficits financieros. Igualmente, en vista de que muchos costarricenses se habían formado en el exterior, se estableció el servicio social obligatorio, lo que quiere decir, que recién graduados debían ser contratados por la CCSS para brindar sus servicios, lo cual no sólo permitió ampliar la cobertura sino también una importante alternativa de empleo para los médicos, pues muchos luego de concluir el periodo de servicio social podían continuar en los servicios de salud ofrecidos por la CCSS.

En las discusiones legislativas, donde el Partido Liberación Nacional, contaba con mayoría, se tomaba como referente los efectos que había causado la implantación del Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido, cuando el plan Beveridge transformó el sistema de prestaciones médicas y sociales de grupal a universal. De esta manera, la CCSS dejó de ser una institución tradicional de seguro social, para transformarse en la década de los 60's en una verdadera institución de seguridad social mientras Chile apenas establecía su sistema nacional de salud apenas en 1953. (Miranda, 2003)

El 01 de mayo de 1961 se modificó la Constitución Política, que estipuló: " La Caja Costarricense de Seguro Social deberá realizar la universalización de los diversos seguros puestos a su cargo, incluyendo la protección familiar en el régimen de enfermedad y maternidad, en un plazo no mayor de 10 años, contados a partir de la promulgación de esta reforma constitucional". Con dicha reforma constitucional, quedó establecida la universalización legal de los regímenes de la Caja.

Dicha modificación a la Constitución Política, basada en el modelo democrático que se construía en ese momento, representó serios desafíos a la capacidad de la CCSS, en ese entonces, sólo Canadá y Cuba tenían modelos semejantes en América.

Es por ello, que en Costa Rica, se considera que la CCSS, es sin duda una de las principales conquistas del pueblo costarricense, al lograr establecer el derecho a la salud como

un bien solidario y no como un negocio lucrativo. La reforma constitucional de la Junta de Gobierno de 1948 se traduce en los siguientes artículos:

- Art 108 todos los habitantes de la República tienen derecho a la conservación y restablecimiento de la salud, así como el deber de conservarla. El Estado promoverá la salud pública por medio de los servicios técnicos que recomiende la ciencia. Los centros hospitalarios públicos y organismos afines son instituciones de salud pública, y deben constituir un Sistema Nacional Autónomo, regulado por la ley.
- Art. 109. El Estado tomará a su cargo a los indigentes que por su edad avanzada o por su incapacidad física o mental sean inhábiles para el trabajo y procurará la reeducación de estos últimos en centros apropiados.
- Art 111. Todos los habitantes de la República tienen derecho a vivir protegidos contra los riesgos de carácter social y profesional, con ese objeto el Estado establecerá, por medio de instituciones autónomas, un sistema obligatorio de seguridad social universal que regulará la ley, y que se financiará con sus aportes y de los patronos y de los trabajadores, tratándose de riesgos de carácter social, y exclusivamente con los de los patronos, tratándose de riesgos orden profesional. El Estado protegerá y estimulará la creación y desarrollo de organizaciones privadas que llenen igual fin.

En 1961 que se reforma la Constitución, siendo la vigente en Costa Rica en la actualidad, establece en el capítulo del Presupuesto de la República, Artículo No. 177, establece que para lograr la universalización de los seguros sociales y garantizar cumplidamente el pago de la contribución del Estado como tal y como patrono, se crearán a favor de la Caja Costarricense del Seguro Social rentas suficientes y calculadas en tal forma que cubran las necesidades actuales y futuras de la Institución. Si se produjere un déficit por insuficiencia de esas rentas, el Estado lo asumirá, para lo cual el Poder Ejecutivo deberá incluir en su próximo proyecto de presupuesto la partida respectiva que le determine como necesaria la citada institución para cubrir la totalidad de las cuotas del Estado.

Dicho artículo además, tiene un transitorio que señala que la Caja Costarricense del Seguro Social deberá realizar la universalización de los diversos seguros puestos a su cargo,

incluyendo la protección familiar en el régimen de enfermedad y maternidad, en un plazo no mayor de diez años contados a partir de promulgación de esta reforma constitucional.

Ligado al Artículo No. 177, se estableció en el artículo 74 de la Ley Constitutiva de la CCSS, “Corresponderá al Ministro de Hacienda la obligación de presupuestar, anualmente, las rentas suficientes que garanticen la universalización de los seguros sociales y ordenar, en todo caso, el pago efectivo y completo de las contribuciones adeudadas a la Caja por El Estado como tal y como patrono. El incumplimiento de cualquiera de estos deberes acarreará en su contra las responsabilidades de ley. Penalmente esta conducta será sancionada con la pena prevista en artículo 30 del Código Penal”

Dicha ley orgánica que constituye a la CCSS establece en su artículo 6 que la CCSS será dirigida por una junta directiva, integrada en la siguiente forma:

1) Un presidente ejecutivo de reconocida experiencia y conocimientos en el campo correspondiente a la Institución, designado libremente por el Consejo de gobierno. Su gestión se regirá por la siguiente normas:

a) Será el funcionamiento de mayor jerarquía para efectos del gobierno de la Institución, cuya Junta Directiva presidirá. Le corresponderá fundamentalmente velar porque se ejecuten las decisiones tomadas por la Junta Directiva, así como coordinar internamente la acción de la Institución, y la de ésta con las demás instituciones del Estado. Asimismo, asumirá las demás funciones que por ley están reservadas al Presidente de la Junta Directiva y las otras que le asigne la propia Junta.

Conjuntamente, con la ampliación de los servicios de salud y la construcción de distintas clínicas periféricas, se daba un rápido crecimiento de la población, siendo que en 1990, alrededor del 85% de la población se encontraba asegurada. En números absolutos, la cobertura de la CCSS pasó de 88 mil a 3.300.000 personas beneficiarios, es decir se multiplicó 38 veces en sólo 30 años. (Miranda, 2003)

### **6.3. La universalización de los servicios de salud (1970-1985)**

Los años setenta marcaron una serie de eventos muy importantes en el panorama nacional, en relación con el desarrollo de los servicios de salud. (CCSS, 1968)

Como se indicó anteriormente, el 01 de mayo de 1961 se modificó la Constitución Política, que estipuló: “ La Caja Costarricense de Seguro Social deberá realizar la universalización de los diversos seguros puestos a su cargo, incluyendo la protección familiar en el régimen de enfermedad y maternidad, en un plazo no mayor de 10 años, contados a partir de la promulgación de esta reforma constitucional”.

Con dicha reforma constitucional, quedó establecida la universalización legal de los regímenes de la Caja, para lograr la cobertura, la CCSS instituyó un programa de becas para la formación de sus profesionales y abrió un sistema de préstamo reembolsables para la especialización de sus empleados. Se fundó en la Universidad de Costa Rica, las escuelas de Medicina, Enfermería, Auxiliares de Enfermería y Tecnologías.

En medio de este crecimiento, la CCSS debió también organizarse para cumplir con la capacidad que se requería, lo cual originó la necesidad de organizar los servicios médicos, pues se requerían muchas otras disciplinas de la salud y los médicos se organizaban además en dos sindicatos importantes: La Unión Médica Nacional y el Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas de la CCSS, que defendían por un lado el desarrollo de la CCSS pero además defendían los intereses laborales de sus gremios. La unidad organizativa de la CCSS encargada de ello, es la denominada Gerencia Médica.

Por otro lado, el Ministerio de Salubridad Pública se concentró en el desarrollo de estudios de la situación de salud, las nuevas demandas en el campo, la disponibilidad de recursos, el rendimiento, y el grado de integración y coordinación de las instituciones y de los servicios.

Se estableció el Primer Plan Nacional de Salud 1971-1980, con base en el estudio de la situación y de los servicios de salud. Algunas de las metas del plan eran:

- Aumentar la expectativa de vida en ocho años
- Disminuir la mortalidad infantil en un 50%
- Erradicar y controlar las enfermedades infecciosas
- Erradicar la rabia humana
- Disminuir la prevalencia de bocio en la población, a menos del 10%

- Abastecer de agua potable al 100% de la población urbana y al 70% de la rural
- Disminuir la desnutrición infantil.

Gómez, resume en 7 las premisas básicas de los servicios de salud que estableció el Ministerio de Salud:

- La atención de la salud es un derecho de la población y el Estado tiene la responsabilidad de organizarla correctamente.
- Los servicios de salud deben ser integrales, comprendiendo la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades
- Los servicios deben regionalizarse y sectorizarse para ampliar la cobertura y mejorar la oferta local.
- Los servicios deben extenderse a toda la población, incluyendo la que tradicionalmente se ha visto privada de ellos.
- Debe dársele preferencia a la buena atención ambulatoria, a través de una consulta externa bien organizada
- Debe promoverse ampliamente la formación y absorción de recursos humanos de los niveles profesional, técnico y auxiliar así como la investigación de problemas médicos y administrativos.
- El costo de los servicios debe estar de acuerdo con la capacidad económica del país.

En 1971, se promulgó la Ley de Universalización del Seguro Social, que extendió el Régimen de enfermedad y maternidad a los trabajadores asalariados, a los dependientes (asegurados indirectos), a los trabajadores independientes y a los indigentes. Se rompieron los topes de cotización y se incluyeron los accidentes profesionales.

En 1973, se decretó la Ley de Traspaso de establecimiento médico-asistenciales del Ministerio de Salud a la CCSS, incluida la capacidad física instalada y las fuentes de financiamiento, para garantizar a toda la población el acceso a los servicios de atención

médica. Este mismo año se aprobaron la Ley General de Salud que establece los lineamientos relativos a la actuación del Estado en materia de salud, así como los derechos y deberes de los individuos en materia de salud. Igualmente, se aprobó la Ley Órgánica del Ministerio de Salud que establece las atribuciones del Ministerio de Salud y sus fuentes de financiamiento, así como las formas de actuación de las autoridades de salud.

El Ministerio extendió los servicios básicos de salud, primero a las poblaciones rurales dispersas y luego a las rurales concentradas por medio de la atención primaria en los centros y puestos de salud del Programa de Salud Rural y en el de Salud Comunitaria.

En 1974, con la aprobación de la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares se financiaron las acciones preventivas de dichos programas (Salud Rural y Comunitaria), se construyeron acueductos rurales y los programas de nutrición para niños y niñas preescolares o escolares, hijos de madres trabajadoras fuera del hogar y de bajos ingresos (Centros Infantiles de Atención Integral, CEN-CINAI), embarazadas y lactantes.

Quizá para resumir las principales acciones que ejecutó el Estado Costarricense para alcanzar la cobertura universal se citan las siguientes:

- En 1970, en la Administración de Figueres Ferrer, se implementa el primer Plan Nacional de Salud que tenía como objetivos la creación de un sistema único e integrado de salud.
- Es así que el Ministerio de Salud se encargaría de la atención primaria centrado en el control de la infección, el cuidado materno-infantil, la vigilancia de la desnutrición y el saneamiento ambiental. Por otro lado, la universalización de la atención médica para toda la población estaría a cargo de la CCSS, así como la extensión del régimen de invalidez, vejez y muerte.
- Se definió la complejidad progresiva de los servicios médicos por niveles de atención: cinco niveles, los dos primeros del Ministerio de Salud y los de más alta complejidad de la CCSS. El Ministerio de Salud asumió el primer nivel que correspondía a las acciones de salud en el hogar y el segundo nivel que correspondía a la atención primaria, dirigido a organizar a la comunidad,

fomentar la prevención y mejorar la calidad del ambiente, vivienda, agua y el alcantarillado.

- La CCSS asumía el tercer nivel, el cual era el de atención médica ambulatoria, dispensación de medicamentos y laboratorio clínico. Igualmente, asumía el cuarto nivel representado por los hospitales de apoyo que tenían las especialidades de: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría. El quinto y último nivel lo constituían los hospitales nacionales que actuaban para su área de atracción con centros de alta capacidad técnica para casos especiales.
- En 1971 se dieron dos cambios importantes, por un lado se aprueba la incorporación al sistema de aseguramiento a los trabajadores independientes y se autoriza a la CCSS a ejercer acciones preventivas que antes le estaban vedadas al Ministerio de Salud.
- Se faculta a la CCSS para introducir un concepto aún más amplio y ambicioso, al considerar un nuevo concepto de salud como parte del desarrollo integral y como agente generador de bienestar.
- Se fueron trasladando paulatinamente los hospitales que estaban a cargo del Ministerio de Salud y la Junta de Protección Social.
- La CCSS fue mejorando la planta física, el equipamiento y los recursos humanos, hasta llevar a cada hospital al nivel de atención que le fue asignado.
- El Ministerio de Salud cedió las rentas específicas y la subvención del Estado que estaba destinada a cada unidad y, de resultar insuficiente, la Ley disponía de que el Estado se comprometía a financiar, con fondos del presupuesto nacional, los déficit operacionales que presentaran.

Para todas estas acciones se asignaba al Sector Salud el 7% del Producto Nacional Bruto (PIB), lo que reflejaba la alta prioridad para esta área social. Pero, a partir de 1980, inició-y continúa hasta nuestros días- una época de grave crisis económica que influyó en la reducción de presupuestos.

#### **6.4. Año 1980: El inicio de la crisis y transformación del sistema de salud en Costa Rica**

Previo a la década de 1980, las acciones realizadas en materia de salud y educación, reflejaron un nivel relativamente igualitario en la distribución y alcanzaron altos estándares, lo cual según muchos historiadores, estos logros fueron facilitados por la homogeneidad social y cultural y el alto grado de integración socio-espacial que caracterizaba a la población costarricense.

A finales de 1970, se esperaba realizar la evaluación integral del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), con el fin de mejorar en las etapas siguientes y analizar el mejor aprovechamiento de recursos entre ambas instituciones, sin embargo, se inició la crisis de 1980, reflejada en tres factores fuera de control del país:

a) La crisis mundial de los 80's que como antes se comentó, afectó sensiblemente a los países menos desarrollados como fue el caso de Costa Rica, al punto que se puso en peligro los avances logrados en el sistema de salud y de seguridad social del país.

b) La crisis coincide con una Administración que se generaba de una coalición que había ganado las elecciones contra un derrotado Partido Liberación Nacional, partido de la social democracia, creador de las principales obras en la organización estatal. Esta nueva coalición carecía de liderazgo definido en el área de salud.

c) Se asentaba fuertemente la ideología neoliberal inspirados en el Consenso de Washington para superar la deuda externa que ahogaba a Costa Rica y que le obligó alinearse en estos principios impuestos por los organismos internacionales, sin que el país tuviera la producción suficiente ni los condicionantes de consumo del mercado como para determinar con prontitud una orientación económica para enfrentar la crisis.

Con la presencia de estos factores, Miranda, señala, que si en el pasado los problemas fueron importantes, en el futuro inmediato adquieren una dimensión máxima, que resume en tres hechos que ponen al sector salud frente a una situación excepcional, en primer lugar, la crisis económica nacional, en segundo lugar, el agotamiento del modelo asistencial empleado tradicionalmente, donde se inicia la disminución de los gastos para combatir la enfermedad, especialmente los dedicados al desarrollo de las comunidades y en tercer lugar, los cambios que necesariamente se debían dar a todo nivel. (Miranda, 2003)

El debilitamiento del programa de Salud Rural significó reducir la cobertura de 717.500 personas, para 1985 se había recuperado la cobertura al 61% de la población rural. Igual fenómeno se había dado con el programa de Salud Comunitaria.

Con la crisis, la Caja Costarricense de Seguro Social, se encontraba con un déficit de caja de 48 millones de colones en el régimen de Enfermedad y Maternidad, asimismo, se comenzaron a dar también déficit en la existencia de medicamentos.

Sin embargo, a pesar de la crisis, de 1979 a 1982, se autorizaba la creación de nuevas plazas, aún sin contenido económico, siendo relevante el siguiente dato: en 1978 la Caja tenía 16 mil funcionarios y 4 años después, en 1982, había subido a 23.000 empleados.

En medio de la crisis, igualmente, se suprime el sábado como día de trabajo y se introdujo la jornada continua, lo cual, según Miranda, estas dos disposiciones significaron un encarecimiento del 22% de los costos de asistencia en consulta externa, ya que las horas disnuidas al medio día tuvieron que reponerse y presentarse los sábados representaba una jornada extraordinaria.

Para el cierre presupuestario del año 1981, la CCSS tenía un déficit acumulado de casi 2000 millones de colones. Las reservas de las cotizaciones depositadas por concepto de Invalidez, Vejez y Muerte, que son las que se destinan para subsidiar las pensiones por las enfermedades que generar invalidez física o mental, así como las que financian las pensiones perdieron el 40% de su valor real como capital del fondo de pensiones.

Finalizada, la administración 1978-1982, vuelve al poder el Partido Liberación Nacional, partido que según el Dr. Miranda, inicia nuevamente el proceso de integración de servicios (Ministerio de Salud y la CCSS) y se logran nuevamente avances gracias al trabajo de ambas instancias. Recalca, que en dicha Administración, se estableció como objetivo, el adoptar una planificación socioeconómica como instrumento de acción a mediano y largo plazo para la formación de recursos humanos, los cambios estructurales requeridos y la búsqueda de nuevos modelos operativos que aumentarían la eficiencia y la satisfacción de los beneficiarios.

Es importante también señalar, que en 1982 se establece el primer marco legal para el sector salud, dirigido a lograr la integración de los programas en una acción intencional de producir más con los mismos recursos.

En la Administración 1982-1986 se establece el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social de 1988-1986, por el cual se desarrollaron acciones orientadas a enfrentar el crecimiento del país por medio de la coordinación sectorial.

En 1983, se estableció el Sistema Nacional de Salud, con el fin de reestructurar la política de salud e integrar los servicios de las instituciones que componen el sistema. Mediante Decreto Ejecutivo 19276-S del 04 de diciembre de 1989, se designa al Ministerio de Salud como el responsable de la coordinación y el control técnico del sistema de servicios de salud, en forma equitativa, eficiencia, eficaz y participativa.

El sector salud quedó integrado por:

- El Ministerio de Salud
- El Ministerio de Planificación y Política Económica
- El Ministerio de la Presidencia
- La Caja Costarricense de Seguro Social, con su régimen de Enfermedad y Maternidad
- El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados
- El Instituto Nacional de Seguros
- La Universidad de Costa Rica.

Se pretendía que dicha composición buscara la eficiencia en la administración pública mediante un Sistema Nacional de Salud que cumpliera con los principios básicos que se anotan a continuación:

- La salud es un derecho

- El Estado es responsable por la salud de la población y el Ministerio de Salud es el rector del sector salud
- Los servicios médicos para la atención del usuario deben ser integrales, con énfasis en la atención primaria
- La integración de los servicios es imperiosa, en lo relativo a la prevención, la curación y la rehabilitación
- La consulta ambulatoria es prioridad en el sistema
- La promoción y la prevención se hallgan en el primer grado de importancia
- La participación comunitaria, como complemento de la estatal, es la base para el funcionamiento adecuado.
- Los recursos deben redistribuirse según prioridades calificadas.

Con el gobierno siguiente del Partido Liberación Nacional, bajo el Gobierno de Oscar Arias (1986-1990), indica Miranda, que el proceso de integración se detuvo durante dos años mientras se ajustaban nuevos conceptos que le darían luego mayor amplitud. (Miranda, 2003)

Sin embargo, a partir del año 1991, se empieza a observar un comportamiento muy distinto, las cifras reflejaron a partir de ese año, una reducción a la mitad de las consultas del Ministerio de Salud, como consecuencia de la reducción del presupuesto. Igual fenómeno, se observa en la CCSS, institución que aunque mostraba un claro aumento de la planta física disponible, el número de asistencias no ha corrido la misma suerte. Estos hallazgos pueden ser interpretados como una consecuencia de las políticas establecidas a partir de los años 80's.

Para el año 2000, Costa Rica ya iniciaba los problemas más serios en el tema de salud, la deficiencia de los servicios, por ejemplo, para ese año, se registraban 3.3 consultas por habitante por año y aunque para ese año el crecimiento de consultas totales era de 12.728.003, el 26% correspondía a emergencias.

Igual para ese año, las citas de especialidades vuelven a mostrar un descenso, lo cual agrandaba el problema de la ineficiencia.

Es importante mencionar, que los servicios brindados por los "médicos de empresa" o por la "medicina mixta" superaba en total en ambos servicios, el 14% de las consultas totales. Señala, Miranda, que dicho fenómeno obliga a establecer algún mecanismo de supervisión sobre estas actividades, pues representan un servicio y un costo que no se pueden ignorar. (Miranda, 2003)

### **6.5. La reforma del Sector Salud: 1990-2000**

Se podría decir que los servicios de salud han sufrido dos grandes procesos de reforma, el primer proceso fue el que se comentó anteriormente, que está relacionado con una ampliación del acceso a los servicios de salud, fundamentada en los principios de la extensión de la cobertura y la atención primaria, que puso la salud en un punto políticamente muy visible y fortaleció en muchos países la búsqueda del Estado de Bienestar. Se reflejó en la formación de recursos humanos con los programas para introducir las tecnologías de apoyo y el médico comunitario. (Miranda, 2003)

Sin embargo, Miranda, señala que la segunda modalidad de reforma, iniciada en los años 1990, se dirigió al marco de la estructura del sector, su financiamiento y los conceptos básicos orientadores del quehacer de los servicios. En esta segunda reforma, se abre la discusión si la atención de la salud es un gasto o una inversión y aparecen los organismos internacionales impulsando reformas en los sistemas de salud, una de ellas, es el evidente pensamiento de libre mercado en salud. (Miranda, 2003)

Algunas de las políticas más utilizadas en América a partir de los años 90's se desprendieron de la Reunión No. XXXIX del Comité Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y que se detallan a continuación:

- Descentralización gerencial
- Seguro Nacional de Salud
- Recuperación de costos
- Planes básicos de atención
- Nuevas formas de contratación

- Descentralización financiera
- Gasto público focalizado
- Autonomía Hospitalaria
- Privatización selectiva
- Política de medicamentos

Las políticas tenían como tesis central de los economistas, la reducción del tamaño y autoridad del Estado, lo que significó una reducción de los presupuestos del Ministerio de Salud conjuntamente con políticas de movilidad laboral (salida voluntaria de los funcionarios), lo cual disminuyó la capacidad técnica, esto conllevó al planteamiento de una reforma en el sector salud.

En Costa Rica, bajo el Gobierno de Calderón en 1990-1994, se estableció la Comisión de Reforma del Estado, COREC, comisión que según Miranda, no tomó en cuenta la opinión ni la demanda de la población, ni de otros organismos interesados.

La COREC, le solicitó a la CCSS establecer una comisión para elaborar el proyecto de reforma, esta decisión creó fricciones con el Ministerio de Salud, puesto que su obligación era funcionar como coordinador en la preparación del proyecto. Sin embargo, es la CCSS la que asume la responsabilidad de conducir las discusiones y elaborar el documento.

En 1992, se empezó a ejecutar el Programa de Reforma del Estado, que incluyó la Reforma del Sector Salud, cuyos componentes más importantes fueron:

- La definición de la rectoría del Sector Salud y fortalecimiento del Ministerio de Salud. Dentro de los aspectos que asignaron en esta rectoría está la vigilancia y regulación de la salud.
- La reestructuración y modernización del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, destinado al apoyo de nuevos roles y estrategias.

- El desarrollo de nuevos modelos de atención de salud, con lo cual se promueve el desarrollo de servicios por medio de cooperativas cogestionarias y autogestionarias, medicina mixta y servicios privados.

Es importante señalar, que la Reforma del Estado se realiza en el marco del deterioro económico del país que inició desde los 80's, lo que obligó a una revisión de las políticas de financiamiento del sector público y a la modernización del Estado para aumentar la eficiencia. (Gómez, 2003)

La aplicación de la reforma del sector de la salud costarricense se inició en 1995 (aunque su planificación y los cambios administrativos se iniciaron varios años antes y aún no habían concluido a finales del año 2003. Sus esfuerzos estaban básicamente enfocados hacia objetivos económicos, como mejorar la eficiencia y la racionalización en la asignación de recursos. Esto se debe a que este proceso de reforma se originó en gran medida en préstamos del Banco Mundial, lo que trajo consigo una participación muy activa de economistas. Entre las piezas clave de la reforma en la búsqueda de una mayor eficiencia se encuentran los llamados "compromisos de gestión" documentos que suscriben los gerentes locales de la gestión de salud en el que se establecen metas e indicadores de progreso que sirven para la asignación de recursos y el posterior seguimiento de la gestión. Otra pieza clave de la reforma fue el establecimiento de los denominados equipos básicos de atención integral de la salud (EBAIS) para prestar servicios en el primer nivel de atención y lograr una mayor efectividad. Con el tiempo estos EBAIS se convirtieron en paquetes completos de recursos humanos e instalaciones, constituyéndose en un nuevo tipo de establecimiento de salud, este es un elemento importante en la transferencia de establecimientos del Ministerio de Salud a la CCSS, que cambió sustancialmente la forma de brindar los servicios en el primer nivel de atención. (Rosero Bixby, 2004)

Dicha reforma que formaba parte del Programa de Ajuste Estructural III-PAE III, el cual se relacionaba con la disminución del tamaño del Estado y de la reducción de la deuda interna del país. Por ello, esta reforma perseguía la promoción, apoyo y complemento de la acción privada y asumir sólo funciones que los organismos privados no podían realizar.

No fue sino hasta en marzo de 1993, que se concluye el documento denominado "Plan Nacional de Reforma del Sector Salud", para su ejecución el Gobierno suscribe dos

préstamos con el BID por un capital total de 60 millones de dólares para la reforma del sector salud.

Para la reforma se elaboró un documento denominado: " Proyecto de reforma del sector salud: Componente de readecuación del modelo de atención de 1993" que explica las siguientes razones por las cuales se debía realizar una reforma:

La crisis económica mundial de los años ochenta, repercutió en el sistema de salud impactando en el gasto sanitario.

Creció el gasto en salud, pero no así la riqueza del país, donde más bien aumentó el desempleo, estimulando la migración rural, que con el déficit comercial y fiscal, se deterioró aún más la situación socioeconómica del país.

La crisis llevó a cuestionar el papel del Estado benefactor siendo necesario hacerlo más eficiente aunque más pequeño, de manera que contribuyera a reducir el déficit fiscal.

Dentro de la perspectiva anterior, se propuso atender las demandas crecientes de los servicios de salud con menos recursos, por lo que tanto la CCSS como el Ministerio de Salud se obligaron a reducir sus gastos, a aumentar la eficiencia y la eficacia de sus programas y a replantearse nuevos modelos administrativos y de prestación de servicios.

La Reforma debía llevarse a cabo porque era necesario reorientar la asignación de recursos, porque la situación financiera estaba de la institución estaba en peligro.

En el documento " *Hacia un nuevo sistema de asignación de recursos*", los autores reiteran que la sostenibilidad financiera de la institución es crítica por la distribución inequitativa de recursos, por el crecimiento en el gasto hospitalario, por el futuro del impacto del envejecimiento de la población en el sistema, por el desequilibrio financiero originado por las inversiones de la CCSS, exclusivamente, en infraestructura y por una formación académica enfocada hacia una concepción excesivamente " biologicista" y " curativa "de la salud. (Rodríguez, 2013)

Para la reforma, hubo una útil colaboración externa, técnica y financiera. Siempre estuvo presente la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Agencia Sueca de Cooperación Internacional y la Agencia de Cooperación Española. También participaron en

su momento, expertos del Banco Interamericano del Desarrollo, el Banco Mundial y el Banco Centroamericano.

Dentro de los aspectos más importantes del documento están los siguientes objetivos:

- Garantizar la rectoría del Ministerio de Salud, significando un nuevo rol para el Ministerio en la planificación, dirección, control y evaluación sectorial, con un mejor aprovechamiento de los recursos y una participación intersectorial de sus componentes.
- Establecer la conducción única de los servicios de atención de las personas en una sola institución, la CCSS, para consolidar los programas de atención integral para promover, prevenir, reparar y rehabilitar, lo cual implicó el traslado de los servicios correspondientes del Ministerio de Salud y del Seguro de Riesgos del Trabajo del Instituto Nacional de Seguros.
- Lograr la descentralización administrativa y funcional de los servicios hasta el nivel local, para buscar formas más adecuadas de atención del individuo, la familia y la comunidad con su participación activa.
- Desarrollar nuevos modelos de administración, lo que conlleva una revisión exhaustiva del actual financiamiento, asignación y control de los recursos y presupuestos por programas, en la organización institucional y en el presupuesto nacional.

Con el anterior objetivo, se podrá facilitar la prestación de servicios por parte de terceros, cumpliéndose así con el principio de democratización económica del sector público, con fórmulas de participación de la sociedad de manera activa, con responsabilidad y reconocimiento económico.

El programa de reforma del sector de la salud no previó establecer un sistema de evaluación y seguimiento ni de generación de información que permitiera valorar su impacto. La falta de información, así como la carencia de indicadores de base, de proceso y de resultados, limitan la posibilidad de realizar evaluaciones más profundas. (Rosero Bixby, 2004)

## **6.6. El inicio de la apertura de mercados en el sistema de salud**

Como se dijo anteriormente, con la crisis de los 80's y las transformaciones del contexto mundial, se iniciaron en los países de la región los programas de ajuste estructural y es precisamente en esa década cuando se inician las grandes reformas institucionales en salud las cuales se llevarían a cabo a partir de los 90's.

La idea de reformar el sector salud en el continente fue parte de la agenda de la Primera Cumbre de las Américas, cuyo diseño fue elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y financiado por los organismos internacionales, siendo uno de los acuerdos, los que se centraron en la Conferencia sobre la Reforma del Sector de la Salud celebrada en septiembre de 1995 que se dirigía al tema del financiamiento de la atención de la salud y en la organización de los servicios de salud donde la OPS se encargaría de la supervisión del proceso de reforma. La influencia de los organismos internacionales comprueba los efectos de la globalización en los planes políticos y sociales propuestos por Costa Rica en los años 90's.

En su análisis, señala que las reformas de salud en los países de América Latina, partieron de preguntas acerca de cómo minimizar costos sin degradar la calidad, cómo lograr que la regulación o el control burocrático no rivalizara con la eficiencia y la desregulación no propiciara la corrupción al conservar los principios básicos de la moralidad sanitaria tales como la solidaridad y la universalidad. (Rodríguez, 2013)

Sin embargo, para algunos autores, las reformas en la región tenían como propósito realizar los ajustes institucionales para iniciar el proceso de privatización de los servicios públicos de la salud.

Es así que la política trazada por varios países latinoamericanos que, como Costa Rica, buscan una racionalización del Estado, un mayor impacto de los programas sociales, una adecuada distribución de los recursos mediante la focalización de la política social y mayor capacidad competitiva del sector público y privado en la producción y prestación de bienes y servicios.

Un tema de suma preocupación es el que apuntan varios investigadores, en el sentido de que la reforma del Sector Salud en Costa Rica, fue realizada sin la participación ciudadana,

pese a la transformación institucional tan importante que esta significaba para su diario vivir y lo importante que pudo haber sido someter al debate público las implicaciones de la reforma.

El cambio institucional en el sistema de salud fue notado por pocos ciudadanos, quienes desconocían que la reforma de 1993, se iniciaba una nueva forma de gestión de los servicios de salud: la contratación del Estado de servicios privados y el crecimiento de una oferta por operadores privados de la salud.

Esta reforma, como anteriormente se señaló, se inició a formular en la década de 1990, siendo su puesta en marcha una vez aprobada en 1993. La reforma tenía como propósito el contener los riesgos de sostenibilidad financiera de los servicios de salud, situación que se agravaba con el envejecimiento de la población, dado el aumento de expectativa de vida, población que demandaría además, mayores atenciones y representarían de manera creciente la población que dejaría de cotizar a favor de la seguridad social.

Sin embargo, también la reforma del sector era producto de las demandas de los organismos internacionales que condicionaban sus préstamos a cambio de satisfacer sus requerimientos dirigidos a mejorar el rendimiento del financiamiento público de los servicios de salud. Situación que se daba a inicios de la década de 1980, en el cual muchos países de América Latina sufrieron sus altos niveles de endeudamiento y tuvieron que acudir al Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, organismos que a cambio exigían la reducción de la participación del sector público en la gestión de actividades comerciales, de servicios públicos y la reducción de los servicios sociales. Dentro de esta lógica se inician las reformas de los servicios de salud, siendo uno de sus pilares la privatización de los mismos. (Hómedes, 2002)

Como indica Juan Jaramillo Antillón, la dependencia y presión internacional se revelaron en dos factores: A pesar de haber fondos suficientes las restricciones impedían nombrar nuevas plazas y comprar equipamiento, así como, que pese a que la CCSS es una institución autónoma, los controles del Gobierno permitieron cumplir con las restricciones impuestas por el Fondo Monetario Internacional. (Jaramillo, 2004)

Uno de los aspectos que más ha llamado la atención, es que la reforma a pesar de mantener los mismos principios rectores que dieron origen a la seguridad social en Costa Rica, hoy en día se ha abierto un debate en torno a la prestación de servicios de salud; sobre

todo, se ha cuestionado la credibilidad de la CCSS en relación con los costos, la equidad, la oportunidad y calidad de servicio así como sobre la asignación de recursos humanos y materiales para garantizar la eficiencia del servicio.

Para algunos autores, las fuerzas motrices de la reforma del sector salud se resumen por tanto en la injerencia de los organismos internacionales en las políticas del Estado que frenaron el fortalecimiento de un sistema de salud que se proyectaba como el mejor de América Latina bajo las premisas de un aparente descalabro financiero del sector salud. (Rodríguez, 2013)

En ese sentido, el punto principal de la reforma, fue la reorganización de la atención primaria de la salud, responsabilidad que asumió la CCSS y que antes pertenecía al Ministerio de Salud, para lo cual el Ministerio transfirió a la CCSS, el personal, instalaciones y el equipo, no obstante el presupuesto para la operación se convirtió en una deuda del Ministerio de Hacienda, quien debía trasladar el financiamiento de los EBAIS para la gestión que ahora correspondía a la CCSS, lo cual generó mayores gastos por la creación y operación de los EBAIS, unidad ejecutora de los programas de atención primaria de la salud, ubicados en distintos puntos del país y que en lugar de la atención preventiva, se ha dirigido a contener los problemas de salud que requieren atención y curación.

Al parecer, para que la CCSS creara esa reforma y asumiera la atención primaria de toda la población, influyeron los consejos o "demandas" de los organismos financieros internacionales para adaptarse mejor a la globalización del capital y la economía de mercado. (Jaramillo, 2013).

Sin embargo, el Dr. Jaramillo, explica más detalladamente, que la Reforma del Sector Salud, requirió de préstamos que solicitaron, tanto el Gobierno de la República como la CCSS, a los bancos internacionales, cuyos objetivos estaban dirigidos a la creación y mejoramiento de la infraestructura necesaria para poner en funcionamiento los EBAIS, sin embargo, el Gobierno no dotó de presupuesto para su operación, por lo que señala que este programa al nacer sin contenido económico, se recargó sobre las finanzas obtenidas en la recaudación del Seguro de Salud. En ese sentido, señala que en ese momento lo que fomentaba el Banco Mundial era la creación de aseguradoras privadas de salud semejantes a las que funcionaban en Chile.

Sin embargo, el Banco Mundial accedió a los préstamos bajo la modalidad de los EBAIS (centros de salud estatales para la atención primaria) en vista de que el modelo del Seguro Social Costarricense, basado económicamente en las cuotas de patronos, trabajadores y el Estado, era el único país en América Latina en haber podido universalizar sus servicios médicos, con relativo éxito, basado en ese sistema. (Jaramillo, 2013)

El sistema nacional de salud costarricense, admiraba la universalización de los servicios médicos con base en un seguro social público, el cual, con recursos propios había construido y remodelado hospitales y clínicas, y con su personal y sin la participación de la medicina privada, dada la atención de la enfermedad en todo el país.

Para el momento en que se planteaba la reforma de salud, solamente Gran Bretaña daba servicios a toda la población mediante el Servicio Nacional de Salud Público para atender sus enfermos. El sustento económico se basaba en impuestos que pagaban todos los ciudadanos. El resto de los países ricos empleaba la medicina privada e incluso varios seguros privados, para sus sistemas nacionales de salud y dar servicios médicos a la población

Juliana Martínez, resume que el primer intento de Reforma cuyo objetivo inmediato eran medidas de privatización y descentralización, se produjo en el período comprendido entre 1988-1994 durante la Administración de Óscar Arias (1986-1990) y la administración de Rafael Ángel Calderón Fournier (1990-1994), aunque al principio de las reformas, los grupos tecno-burocráticos del seguro social, rechazaron y limitaron la contratación de los proveedores privados y su extensión a los demás niveles del sistema de salud. (Martínez, 1999)

En esa misma orientación, Rodríguez considera que la reforma costarricense no aceptó explícitamente la tesis de la privatización pero incorporó elementos de la economía liberal, como el denominado *mercado interno controlado*.

En la administración de José María Figueres (1994-1998) empezó otro nuevo impulso reformista que promovía una reorganización gerencial del sector salud, específicamente la reforma establecía los compromisos de gestión entre servicios públicos y las oficinas administrativas del seguro social.

Es importante señalar, que los gobiernos de Arias y Figueres, correspondían al Partido Liberación Nacional, partido político fundador de la sociedad democracia y promotor de la construcción del Estado de Bienestar, lo que refleja un cambio de valores en el partido que se traduce en el cambio institucional como el de la reforma del sector salud.

Los compromisos de gestión se consolidaron en la administración de Miguel Ángel Rodríguez (1998-2002), con lo que se inició la desconcentración de los hospitales y clínicas cuyo objetivo era, agilizar los obstáculos burocráticos y proporcionar cierto grado de autonomía administrativa a dichos centros.

También es importante señalar que el creciente conflicto de competencias entre la CCSS y el Ministerio de Salud se convirtió en el punto de arranque de la reforma del sistema de salud costarricense.

No obstante, la reforma del Sector Salud, también demostró aspectos positivos como la madurez de un país que intentaba resolver las largas listas de espera para los diagnósticos, hospitales y equipo médico deteriorado, así como que la reforma permitió diagnosticar el estado en que se encontraban las organizaciones de salud en Costa Rica, en especial la CCSS sobre todo en cuanto a la transparencia en el manejo de los fondos públicos y más aún la disfuncionalidad del Estado y sus instituciones, el que, hasta los años noventa, no había diseñado un estudio concienzudo que alcanzara una economía eficiente, justa y solidaria en relación con las políticas sanitarias, y sin embargo, a pesar de todo, el sistema de salud aún no colapsaba. (Rodríguez, 2013)

Sin embargo, Laura Rodríguez, señala que es la eficiencia del mercado más que la equidad la que fundamenta la Reforma del sector salud en Costa Rica, sin que quedara rastro de esas ideas en los documentos justificativos de la reforma.

Igualmente, la actual reforma del sector salud, estableció el papel rector del Ministerio de Salud, con lo que poco a poco, se fueron transfiriendo funciones a la CCSS pero también el presupuesto del Ministerio se fue disminuyendo y debilitando a la vez su capacidad de liderazgo.

Rodríguez señala que la Reforma estuvo liderada por una élite nacional que permitió los ajustes solicitados por los organismos internacionales, en un ambiente de secretismo y privacidad con los funcionarios de las instituciones involucradas-

En conclusión, podría considerarse que la crisis del sistema de salud costarricense, tiene un doble origen: por un lado, factores externos que obedecen a la globalización de la economía y la cultura y por otro, a factores internos como los que se han explicado.

Otro aspecto relevante que se da en tiempos de reforma, es que la aparición de clínicas integradas a cargo de empresas cooperativas, lo que parecía el inicio de un modelo híbrido, pues además de la aparición de las cooperativas en la atención de la salud, algunos EBAIS pasaban a manos de la Universidad de Costa Rica (estatal) y posteriormente, dado los altos costos que la universidad reclamaba, pasaron a otra universidad, pero del sector privado, a la UNIBE.

.- Evaluación de la reforma: 17 años después

Según algunos autores, los siguientes han sido los resultados de las reformas del sector salud:

Las reformas del sector salud en América Latina –y en Costa Rica- sólo han beneficiado a las corporaciones transnacionales, a las firmas de consultores y al mismo staff del Banco Mundial, y que dichas reformas no han mejorado la calidad en la atención, ni la equidad ni la eficiencia. (Núria, 2005)

La introducción de la lógica de mercado en el ámbito de la salud no produce los efectos esperados como equidad y eficiencia y que la reforma no tenía claro qué es un mercado interno controlado. (Rodríguez, 2013)

Es poco frecuente que las autoridades sanitarias y encargados de diseñar las políticas de salud- la mayoría profesionales sanitarios- tomen en cuenta indicadores económicos pensando en el fortalecimiento de los principios de la seguridad social. (Picado, 2003)

Pese a que los documentos de la reforma señalan que la estructura financiera del sistema de salud costarricense se sustenta en las contribuciones de trabajadores, patronos y Estado, el peso del financiamiento recae sobre los hombros de los asalariados, pues constituye

el único grupo que tanto en la situación vigente como en la Reforma, asume legalmente esa responsabilidad. Los patronos en la mayoría de los casos trasladan los costos de salud a los productos mientras que los asalariados, sobre todo de clase media los asumen totalmente. La bolsa de los contribuyentes representa la fuente de financiamiento del sistema sanitario y en ellos recae directamente una mala gestión administrativa. (Rodríguez, 2013)

Un aporte significativo a la Seguridad Social en materia financiera viene de los asalariados y las empresas.

Las nuevas técnicas de gestión –inspiradas en el sector privado- se cuestionan en cuanto a su afectación al cumplimiento de los principios de seguridad social, cuestión que se extiende si al utilizar técnicas de mercado supone un retroceso social. (Rodríguez, 2013)

Los sectores medios, se debilitan y fragmentan en el contexto de la crisis económica que inicia en los setenta y en general buscan resolver sus problemas de salud en el ámbito de la oferta de salud privada, con lo que se empieza a debilitar el carácter universal del sistema. (Garnier, 2006)

La reforma estableció dentro de dichas técnicas, los compromisos de gestión, que hacían competir a los hospitales en eficiencia de sus resultados, lo cierto es que aún no se ha podido resolver los serios problemas de lista de espera, más bien aumentaron en un 56% para consulta externa especializada y en un 68% para las operaciones especializadas. (Rodríguez, 2013)

Como se ha indicado, la CCSS, asumió una responsabilidad que antes tenía el Ministerio de Salud que consistía en un programa de "Atención Primaria de la Salud" con un presupuesto muy bajo, proporcionado por el Gobierno a ese ministerio. La CCSS reinicia este programa bajo el nombre de EBAIS (Equipos básicos de Atención Integral) en diversas comunidades de todo el país. Con la creación de los EBAIS, la CCSS pretendía brindarle una atención integral de la salud a la población más cercano a su hogar. Pero aquí resalta un aspecto muy importante, el pago de las prestaciones de los 2.000 trabajadores del Ministerio de Salud al pasarse la CCSS, lo asumió la CCSS, adeudando el Gobierno esto. Además, el presupuesto del programa de los EBAIS, que el Gobierno había prometido pagar anualmente y que por ley le correspondía, no fue honrado excepto un aporte que hizo el primer año cuando apenas se iniciaba el programa.

Además del programa de atención primaria, el Ministerio de Salud, traspasó además, los programas de inmunizaciones, cáncer, tuberculosis, dermatología sanitaria (lepra), odontología sanitaria y control de enfermedades de transmisión sexual.

En la Prensa Libre, (periódico de circulación nacional), el Gerente Financiero de la CCSS informó en octubre de 2012, que el Gobierno sólo había pagado, la suma de 500 millones de colones para el programa EBAIS y que la deuda acumulada por dicho programa, ascendía a 222.000 millones de colones (430 millones de dólares). Señaló que el Gobierno haría un préstamo con el Banco Mundial para hacer frente a esa deuda.

Y es que la Ley No. 7374 de traspaso de programas del Ministerio de Salud a la CCSS, señalaba que el Ministerio de Salud tomará las previsiones presupuestarias para trasladar mensualmente a la CCSS, los recursos financieros necesarios, a fin de cubrir las nuevas erogaciones asumidas por el traspaso del programa de atención primaria, lo cual el Gobierno no ha cumplido.

Otro elemento que presiona sobre las finanzas de la CCSS, son las múltiples resoluciones de la Sala Constitucional que exige a esta institución, a brindar atención especializada oportuna y entrega de medicamentos de alto costo y para casos particulares.

En ese sentido, Jaramillo, concluye con cuestiones muy importantes, por un lado, ante el desorden y el aumento de la demanda de servicios sin satisfacer, que está causando un caos en la CCSS, y la población, que siempre había apoyado a esta entidad, a pesar de sus fallas, comienza ahora a desilusionarse de manera importante y a exigir un cambio para mejorar lo más rápido posible.

En ese sentido, plantea dos preguntas sobre los servicios de la CCSS: (Jaramillo, 2013):

Cuántos pacientes con tiempos de espera de meses o años para ser atendidos por un especialista médico se agravaron por esa razón, al extremo de:

- a) haber tenido que recurrir a la medicina privada con el gasto correspondiente.
- b) complicarse y acudir a un servicio de emergencias de la CCSS, con mayor riesgo para su salud y costos para la institución.

c) fallecer a consecuencia de la espera

Y en casos de emergencias inmediatas, cuántos pacientes que fueron a los servicios de emergencia de la CCSS y que no fueron atendidos por falta de camas, se agravaron al extremo de:

a) tener que recurrir a la medicina privada sin tener medios

b) volver a esos servicios en peor estado

c) fallecer por falta de buena atención la primera vez que fueron vistos.

En los últimos informes de período, aseguran que la CCSS volvió a recuperar su situación financiera, principalmente por no reflejar déficit, pero sigue sin mejorar la atención en los servicios médicos de emergencia y sin lograr disminuir los prolongados y peligrosos tiempos de espera, se mantienen las prebendas a los sindicatos, lo que podría concluirse que la CCSS aún no sale de la crisis y que más bien actualmente se da una lucha a nivel sindical para el cálculo de los incentivos salariales, pese a que la Asamblea Legislativa señaló que estos incentivos deben calcularse sobre el salario base, por corresponder los rubros variables por jornadas extraordinarias que no forman parte del salario total ordinario, los sindicatos médicos señalaron que llevarán la interpretación de la Asamblea Legislativa a la Sala Constitucional, que en caso de resolverse a favor de los sindicatos, sería de una suma de 174 mil millones de colones, otro factor determinantes para aumentar la crisis de la CCSS.

#### **.- El Contrato Ley No. 7374 de Enero de 1994**

La CCSS fue designada como el organismo encargado de la administración del préstamo, relevando al Ministerio de Salud de su función protagónica. Los objetivos del contrato estaban destinados para apoyar las reformas del sector salud para mejorar la eficiencia y eficacia de la prestación de los servicios, básicamente se resumen en:

i. Apoyar el diseño e implantación de reformas que permitan al Ministerio de Salud ejercer su papel de ente rector y lograr un enfoque más racional de los recursos, evitando duplicaciones entre instituciones y programas

ii. Consolidar los planes de atención primaria de salud para lograr una cobertura eficiente de los servicios

iii. Reducir las desigualdades de acceso a los servicios básicos de salud, priorizando inversiones físicas que fortalezcan la capacidad funcional y la eficiencia de la red de servicios en las zonas de bajos ingresos del país.

#### **.- El contrato Ley No. 7441 de octubre de 1994**

Este proyecto, señalaba según los expertos, una clara inconstitucionalidad, pues estos contratos que se convierten en ley, este en especial, le da al Gobierno la autoridad de representar a la CCSS, en abierta violación a su autonomía. Los objetivos de esta ley fueron:

i. Mejorar la eficiencia, efectividad y calidad de los servicios de atención de salud prestados por la CCSS

ii. Mejorar el control de la calidad y supervisión del sector de salud.

Vale indicar que dichos préstamos, constituyeron parte del endeudamiento del país y de la deuda externa de Costa Rica.

Hubo otros préstamos que se dieron en la década de los 90's, para mejorar la planta física de los hospitales que asumió la CCSS, así como otros que debieron mejorarse ante eventos sísmicos como el caso del terremoto de Limón (zona atlántica del país) así como para modernizar el equipo hospitalario.

Al año 2001, el estado de los préstamos externos de la CCSS superaban los 180 millones de dólares con un saldo de deuda a ese año de 126 millones de dólares.

Miranda, resume que el proceso de reforma del sector de salud aún no encuentra un derrotero claramente establecido, aunque el modelo seguido por Costa Rica sólo se asemejan en América Latina, Canadá y Cuba, modelo que ha logrado los mejores resultados y que se logró con la participación de los ciudadanos. (Miranda, 2003)

#### **6.7. Los aspectos financieros del sector salud**

Para el análisis de los aspectos financieros, en especial el financiamiento estatal de los servicios de salud, es de primer orden, analizar especialmente los gastos de las dos instituciones mayores del sector: El Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social.

a.- El financiamiento del Ministerio de Salud

Se financia básicamente de cuatro presupuestos diferentes, separados, que son:

a) El presupuesto del Ministerio de Salud, basado en fondos provenientes del importe nacional.

b) El presupuesto de la Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS), formado con fondos tanto del importe nacional como de aportes generados dentro o fuera del país.

c) El presupuesto del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, que cuenta con ingresos generados por transferencias de los dos anteriores, las que realiza la Junta de Protección Social de San José mediante la administración de las loterías, además de otros fondos provenientes del Ministerio de Hacienda.

d) El presupuesto de gastos generados por los programas de Asignaciones Familiares, que cubren principalmente los comedores escolares y pequeños proyectos comunales.

a.- El financiamiento de la Caja Costarricense de Seguro Social:

La CCSS tiene en la actualidad ingresos de diferentes orígenes, aunque el sistema tripartito de cuotas sigue siendo la fuente más importante.

El Estado a partir de los 90's disminuyó sensiblemente el monto de la subvención a la CCSS así como también se disminuyen los recursos que el Ministerio de Salud debe otorgar a la CCSS para el funcionamiento hospitalario hasta el punto de que la suma que antes aparecía en los presupuestos de todos los hospitales del país con cargo al importe nacional prácticamente ha desaparecido. La CCSS ha ido paulatinamente, con sus propios ingresos de cuotas obrero-patronales, financiando el costo de programa hospitalario.

Esta dinámica financiera, se empezó a dar desde el primer traspaso de los hospitales en 1974, como algunas situaciones presentadas de 1978-1992 así como que los fondos provenientes del timbre hospitalario y del impuesto sobre los cheques siguieron ingresando regularmente, pero reflejando una cuantía mínima, asimismo, el ingreso del 20% del impuesto de ventas, importante para los hospitales, fue perdiendo fuerza al asumir el concepto de la "Caja única del Estado", disposición fuertemente impulsada por el Ministerio de Hacienda a

partir de 1983, sin que se compensara con otro tipo de ingreso, es decir, la CCSS tuvo que asumir dichos gastos desde su presupuesto. Otro ingreso que se fue debilitando, porque el Ministerio de Salud no lo ha girado, es aquel proveniente de las loterías nacionales.

Si la subvención del Estado, fuese cumplida de manera permanente, significaría que la CCSS tendría que recibir aproximadamente el 4% del presupuesto nacional de la República, sin embargo, a partir de los 80's más bien este ingreso fue desapareciendo del presupuesto nacional y de las mismas fuentes de financiamiento de la CCSS.

Para conocer el impacto de la disminución del presupuesto de ambas instituciones, en 1978 cuando se constituyó el Sistema Hospitalario Nacional, los desembolsos de la CCSS significaron el 71% del gasto total y los del Ministerio de Salud representaron el 14%. En ese año, el gasto en salud representaba un 6,8% del producto interno bruto (PIB).

La crisis financiera, provocó un descenso significativo en los años siguientes, hasta llegar a la cifra mínima de un 5, 6% del PIB, en 1982, diferente al 8% cuando iba ganando terreno la política de universalización a finales de la década de los 70's.

Igualmente, el Gobierno de la República de diferentes administraciones, ha tenido deudas con la CCSS al retrasar el pago de las cuotas correspondientes, acumulando una deuda creciente en ambos regímenes. El problema de la deuda del Estado con la CCSS viene de muchos años atrás, de hecho, en el contrato-ley 7374, el Estado estaba obligado al financiamiento de las cuotas de la CCSS, siendo que a partir de 1997 el Ministerio de Hacienda cancelaría anualmente la totalidad de las cuotas del Estado, por lo que a esta fecha no debería haber deuda pendiente, sin embargo, aún se realizan esfuerzos para cumplir con lo convenido con el agravante de que la crisis fiscal es uno de los puntos más problemáticos de la Administración actual.

Uno de los aspectos que comienzan a estudiarse en el nuevo siglo en el gasto total de salud, es el gasto privado, que está compuesto de dos grandes partidas: a) el desembolso que hace la CCSS comprando servicios privados y b) el desembolso directo del público.

Para una mejor comprensión de los aspectos financieros sucedidos en las dos grandes instituciones del sistema, la CCSS y el Ministerio de Salud, se presenta a continuación una tabla que resume los principales aspectos recopilados en el tema financiero.

Cuadro No. 4  
Evolución de los aspectos financieros de la CCSS  
1970-2000  
Por períodos

1970-1978	<p><b>Período de la universalización:</b> En 1970 se inició la política de universalización representando el gasto de salud el 5,2% del PIB hasta llegar a principios de los 80's a un 8%. Dicho gasto se observaba además en la mejora progresiva de los indicadores de salud y la universalización de los programas.</p>
1978-1980	<p><b>Período de una marcada disminución de ingresos,</b> pérdida severa de la eficiencia operativa del sistema y un enorme volumen de gastos: Se indica que este período fue el período en el cual la CCSS estuvo a punta de liquidar su capacidad financiera, pues quedó limitada a su mínima expresión en sus regímenes y la estructura financiera se debilitó tanto que perdió los niveles de eficiencia que debe tener un régimen de seguridad social. Inicia la aparición de líderes neoliberales que buscaban el debilitamiento institucional. El número de empleados pasó del año 1978 a 1982 de 16 mil a 23 mil. Período mismo en el que el Poder Ejecutivo incumple con las obligaciones financieras con la CCSS. Se incrementó con la crisis, el nivel de morosidad patronal en general. La CCSS tuvo que acudir a préstamos del fondo de los regímenes, no reintegraba a las instituciones (FODESAF e IMAS) sus tasas correspondientes que recaudaba la CCSS, se genera deudas con proveedores, siendo grave con los proveedores extranjeros. Igual, suma a la deuda las horas extras de sus funcionarios (jornada continua y semana de 5 días de trabajo).</p>
1982-	<p><b>Período de la recuperación:</b> Con el regreso del partido socialdemócrata, Liberación Nacional, se establece una meta –país: no disminuir la calidad, ni la cantidad de los servicios prestados en el área de atención médica de la población, lo que significaba el no cierre de hospitales ni despidos masivos. Las siguientes medidas se dieron con el CONSENSO social: Los entes públicos debían presentar</p>

<p>1986</p>	<p>certificaciones de estar al día con la CCSS para sus trámites de presupuestos, igual para el sector privado cuando requerían préstamos al sistema bancario nacional. Se presupuesta fondos del Estado, tanto como patrono como Estado. Se aumentó la cuota obrero-patronal en un 4%. Se abrió un programa voluntario de despido, lo que significó 2 mil plazas reducidas pero que se tuvo que suspender pues ya era crítico en algunas unidades. Se suprimió el pago de horas extras y la compensación de vacaciones. No se crearon nuevas plazas por 4 años. Se redujo la prescripción de medicamentos. El pago de la cuota obrera comenzó a ser pagada por cada uno de sus funcionarios pues era asumido por la CCSS como un beneficio. Se logró aumentar la jornada o en los sábados de manera voluntaria, sin embargo, los sindicatos lograron su eliminación. Se inicia a medir la productividad de los presupuestos de cada unidad organizativa. Al finalizar 1982 se redujo el déficit en 450 millones, en 1983 se obtuvo un excedente que permitió aprovisionar las bodegas y entre 1984-1985 se habían pagado las deudas nacionales e internacionales con los proveedores.</p>
<p>1986-1990</p>	<p><b>La reforma del Estado:</b> Con el regreso al poder del partido social-cristiano, se conformó una Comisión de Reforma del Estado Costarricense lo que generó en la CCSS algunas políticas y prácticas que se resumen en: Disminución del número de camas en los hospitales, se establecen programas especiales para la atención ambulatoria quirúrgica de menor y mediana cuantía, con estancias mínimas, limitación franquicia, dentro del sistema hospitalario, del gasto en tecnologías sofisticada, se crean centros nacionales de concentración para pacientes de muy alto costo, se limita el cuadro básico de medicamentos incluyendo pacientes hospitalizados. Igual, se establece información financiera y estadística constante sobre los gastos y se delega progresivamente la responsabilidad en la administración de los recursos propios. Finalmente, se fortalecen los centros regionales y rurales para disminuir al máximo la referencia de pacientes a centros de mayor costo y complejidad, se busca fortalecer programas integrados con el Ministerio de Salud y se establecieron estudios de áreas de gasto excesivo.</p>

<p>1990-2000</p>	<p><i>Se presentan nuevos fenómenos</i> : La liberalización de los intercambios comerciales, la globalización de la economía, la revolución tecnológica, la búsqueda de una mayor competitividad y las tasas crecientes de desempleo. Estos factores conducen al crecimiento además de la pobreza y un evidente crecimiento del sector informal. Estos fenómenos, negativos para el desarrollo de la seguridad social, fomentan la exclusividad y la inequidad, ajenos al modelo que venía operando en Costa Rica. En capítulos siguientes se analizarán los efectos que estos fenómenos han producido en los futuros ajustes del nuevo modelo económico, siendo una de las interrogantes el agotamiento del modelo en el Sector Salud. Se cuestionan los subsidios de incapacidad que paga la CCSS cuando no se labora, denominado por muchos, gasto excesivo. Igual, comienzan a fortalecerse nuevas formas de contratación por parte de la CCSS, recurriendo a la Universidad de Costa Rica y a la Clínica Bíblica, estas contrataciones privadas fueron extendiéndose hacia otras, se conocen serios problemas de corrupción, lo cual despierta el interés del sector privado por obtener resultados operando en servicios de salud. Se fortalecen los servicios de salud, el médico de empresa, el médico de medicina mixta, el médico de capitación, el médico de familia, las cooperativas médicas. En 1992 estas modalidades de servicios absorbían el 20% de las consultas totales. Ante estas apariciones crecientes de servicios privados, la CCSS creará posteriormente la Superintendencia de los Servicios Médicos.</p>
------------------	---

Otro dato relevante, es que las dos instituciones principales del sector Salud, muestran grandes variaciones desde 1976 a inicios del año 2000, es decir, el Ministerio de Salud en 1976 reflejaba el 33,7% del gasto del sector, mientras que para el año 2000, es de sólo un 5,5%.

Para el caso de la CCSS, en 1976, el gasto significaba un 50,9% del total del sector y para el año 2000, significaba el 80,2%.

Ambas situaciones, muestran como la CCSS fue asumiendo desde la universalización de los servicios y con la ventaja política de que es la que sostiene el régimen de salud como parte de la Seguridad Social, más recursos presupuestarios que el Ministerio de Salud, cuya rectoría no ha funcionado como se establece en norma.

En cuanto a la medida del gasto de salud con relación al Producto Interno Bruto (PIB), Costa Rica ha tenido un gasto creciente desde que inició la universalización en 1970. En 1965 el gasto en salud representaba un 3% del PIB y para 1976 ya representaba un 7% del PIB. Para 1995, el porcentaje del gasto de salud en relación al PIB ya superaba el 9%. A partir del año 2000, el porcentaje empezará a disminuir, representando para ese año un 5, 7%, aunque como se dijo anteriormente, el gasto asignado a la CCSS, correspondía a un 80% del gasto total de salud.

Esta situación también coincide con el aumento de la relación pensionados/trabajadores cotizantes, pues en 1996 se registraban 15 pensionados por cada 100 trabajadores cotizantes y se espera que para el año 2040 habrá 36 pensionados por cada 100 trabajadores cotizantes.

Lo anterior es importante, no sólo por el impacto económico que puede representar al régimen, sino porque se proyecta una mayor cantidad de adultos mayores que presionarán por los servicios de salud.

Igualmente, el Régimen no contributivo creado en la Ley No. 5662 en el año 1975, presiona por fondos para ayudar a la situación de aquellos grupos que no contribuyen al régimen de invalidez, vejez y muerte. Los fondos que financian el régimen no contributivo provienen del 20% de los ingresos del impuesto de ventas asimismo, como parte del impuesto sobre cigarrillos y licores y aquellos provenientes de los depósitos judiciales.

El Régimen no contributivo, está dirigido a personas mayores de 65 años sin ingresos, personas con severas limitaciones físicas o mentales, el grupo de parálisis cerebral, viudas desamparadas y menores huérfanos.

En los años 2003, 2007 y 2010, la CCSS registró pérdidas de operaciones en los años 2003, 2007 y 2010, y las actividades de inversión, destinadas a adquisición de inmuebles,

inmobiliario y equipos, superaban la capacidad de generación de efectivo de la CCSS de los años 2006, 2008 y 2010.

La OPS ha referido el hecho de que una buena proporción de trabajadores por cuenta propia reportan salarios inferiores al promedio, todo esto contra una demanda creciente de servicios. Otro aspecto es lo que afecta el desempleo al Seguro de Salud, por ejemplo, entre el 2008 y el año 2009, se perdieron en el sector privado 16.000 empleos informales y 26.000 empleos de baja calificación. Esto fue producto de la crisis en USA en esos años. En el año 2010 la CCSS dejó de percibir 32.373 millones por despido de 64.504 trabajadores y aunque en el año 2012, se informa sobre un aumento de número de trabajadores, entre el año 2014-2015, grandes, medianas y pequeñas empresas anunciaron el cierre de sus empresas, provocando nuevamente consecuencias de desempleo ligadas a la caída de ingresos para la CCSS. Este punto se analizará en capítulos siguientes.

## **6.8. Los principales problemas de la CCSS**

Como se ha señalado, los servicios de salud, constituidos por el Sistema Nacional de Salud, cuyo desarrollo se ha construido durante muchos años en Costa Rica, tienen como principal soporte a la Caja Costarricense de Seguro Social. A partir del año de 1983 y hasta la actualidad, la cuota del Régimen de Enfermedad y Maternidad (EM), financiado por los trabajadores, patronos públicos y privados y el Gobierno como tercera fuente de ingresos, se denomina a partir de ese año, como el Régimen de Salud (SEM)

Este Seguro de Salud (SEM), constituye la principal fuente de ingresos, que representaron en el año 2008, un 82,3% de los ingresos totales efectivos, pero, lamentablemente, cayeron en el 2009 a un 73,8% para situarse en el 2010 a un 77,4%. En el año 2012, con el aumento de la población trabajadora en más de 60.000 contribuyentes, volvieron a elevarse los ingresos. (Jaramillo, 2013)

Previo a iniciar con el tema de la CCSS, es importante tener presente que conforme a lo propuesto por la Reforma del Sector Salud, con lo la cual, todo empezará a cambiar, la rectoría de este sector, quedaría bajo responsabilidad del Ministerio de Salud, el cual entre otros aspectos, debía establecer modelos alternativos a la administración de servicios de salud, el sistema de atención de salud privada, las cooperativas de salud y el sistema ambulatorio o capitación. Todo esto con el fin de aumentar la calidad y eficiencia de los servicios de salud y

la sustentabilidad de los servicios de salud, por medio de las instituciones del Sector. Debido a la autonomía constitucional que posee la CCSS, la rectoría del Ministerio no ha funcionado a la fecha.

Por otra parte, en esta reforma iniciada en los 90's también cobraba especial relevancia, la Caja Costarricense de Seguro Social, que como se dijo al principio, la reforma tenía como objetivo también alcanzar la modernización de esta institución. En el estudio de la reforma, la Unidad Preparatoria del Proyecto de Reforma del Sector Salud, identificó como los principales cuatro problemas que atravesaba la Caja en ese momento -1992-, los siguientes: (Gómez, 2003)

- Existen factores exógenos que condicionan negativamente su gestión y desarrollo: la autonomía, la normativa, la deuda estatal, nuevas responsabilidades, la evasión contributiva, la política sectorial y el perfil epidemiológico de la población.
- Como factores endógenos, su estructura no responde a las funciones que cumple y que en el futuro deberá cumplir, por: la carencia de incentivos, el exceso de la centralización funcional, insuficiente automatización de procesos, inadecuadas prácticas administrativas, escasa formación de la capacidad gerencial, y el incremento desmedido de los gastos y disminución porcentual de los ingresos.
- Paralelamente, la administración de los seguros de salud y pensiones se realiza en forma conjunta, sin una clara definición y separación de roles y financiamiento.
- Todo lo anterior, evidencia que la gestión institucional está orientada más hacia resultados cuantitativos, que hacia la eficiencia y la relación de costo/efectividad.
- Igualmente, la institución no contaba con mecanismos de seguimiento y evaluación de la calidad de los servicios. Además, no cumplía con el principio de equidad, entendido como: Aquel que garantice la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud para iguales necesidades y reduzca las

diferencias existentes en los indicadores de salud entre las diferentes regiones y grupos de población que puedan ser evitadas o minimizadas con la intervención del sistema de salud.

Dentro del análisis de la reforma se señalaron también las siguientes deficiencias :

- Atención hospitalaria: Los servicios requerían mayor complejidad y existían listas de espera de hasta seis meses o más para la atención especializada, prácticas de conductas contrarias a la ética y moral públicas (biombos, favoritismos) que socavan la equidad del sistema. Aumento del consumo de recursos humanos, materiales y financieros.
- Disminución de la eficiencia: Los gastos han ido creciendo en forma acelerada y la productividad no ha aumentado de la misma manera. También los ingresos han disminuido, debido al aumento del desempleo, el trabajo informal y la atención de indigentes.
- Los puntos anteriores se refleja en otro problema mayor la insatisfacción de los usuarios, algunos indican que la CCSS ha olvidado a los usuarios como los verdaderos protagonistas de la construcción de su salud. En especial porque en cuanto al modelo de prestación de servicios de la CCSS, se detectaban brechas de cobertura en los sectores urbano y rural y plazos de espera prolongados para cita con especialistas como para recibir medicamentos y falta de cupo en consulta externa.

En este contexto, en el año 1994, se propuso una serie de reformas para el fortalecimiento institucional de la CCSS, entre ellos, la aprobación de un nuevo perfil funcional, la desconcentración administrativa, la solución a las listas de espera, creación de gerencias regionales, los compromisos de gestión dirigidos a incentivar la productividad, contratos con el sector privado por medio de la contratación administrativa, la readecuación organizacional y funcional de los sistemas de finanzas, pensiones y servicios de salud y la capacitación de los recursos humanos.

Hoy en día, la CCSS enfrenta un problema de liquidez que se está haciendo crónico y no dispone de recursos para cubrir los gastos de un cada día más oneroso modelo curativo,

que acarreó el vacío dejado por la reducción de las políticas preventivas en el país. (Rodríguez, 2013)

El Estado tiene deudas significativas con la CCSS, se debe mejorar la recaudación y reducir la evasión, lo cual se hace más complejo ante el crecimiento del mercado informal en Costa Rica que prefieren desatender las obligaciones con la CCSS y con ello se desprotege a sectores de la población, especialmente, las personas con mayor pobreza.

La corrupción, las listas de espera, las limitaciones financieras en ampliar la cobertura, la pobreza, y los recortes de los presupuestos sanitarios, ponen en peligro los indicadores de salud alcanzados con tanto esfuerzo en Costa Rica y con ello el crecimiento de la desigualdad originado en que los sectores con más recursos podrá buscar opciones en el sector privado, cuyas condiciones que favorecieron la reforma, señala Rodríguez, se genera una emergente privatización de los servicios sanitarios.

La CCSS, ha realizado esfuerzos para superar esos escollos, aún queda mucho por hacer y plantea atractivos para atraer al sistema nacional de salud, esos "resentidos del sistema" como los denominada el Informe de la OPS que se analizará más adelante, no obstante, aún no clara la ruta para mejorar la gestión financiera y operativa de la CCSS y el fortalecimiento del sistema nacional de salud.

Pero es que lo que debe tenerse presente, es el gran crecimiento que los servicios de la CCSS ha tenido durante todos estos años, con nuevas plantas médicas, nuevos edificios y centros de salud, más personal, lo que vino a dar mayor cobertura pero no mayor calidad, lo cual ha hecho que la atención a los pacientes pase de días a meses y de meses a años, esto en la atención de especialistas, laboratorios y operaciones. Unido esto al serio deterioro de los servicios de emergencia. (Jaramillo, 2013)

Jaramillo señala además que en medio de esta complejidad, el Ministerio de Hacienda del año 1986 al 2000, obligó a la CCSS a declarar superávit de un 10% para comprarle bonos al Estado, para a la vez equilibrar el presupuesto de la CCSS, lo cual más bien la desequilibraba, unido al gran problema de la evasión y morosidad de los patronos. Igualmente, critica, la administración de la CCSS, a la cual señala como " *la parte gerencial se deterioró notablemente y la planificación se hizo en forma desordenada*" así como

*“apareció la corrupción en diversos niveles, desde la Presidencia Ejecutiva hasta los estratos inferiores” (Jaramillo, 2013)*

Otro aspecto relevante, es que en el período 2005-2010, existiendo un problema económico y de servicios, las autoridades de la CCSS de ese período realizaron acciones que la ponen en grave crisis económica: a) Los aumentos salariales en ese período alcanzaron un 88%, el cual conjuntamente con la creación de 11.000 plazas más, el impacto presupuestario subiría a un 98% de crecimiento del gasto en remuneraciones y b) Se siguen pagando la cesantía de los funcionarios sobre la base de 12 a 20 años, sin contarse con el contenido presupuestario.

Algunas leyes, han venido a dar incentivos a las distintas profesiones de las ciencias médicas, como fue la Ley No. 8423, mediante la cual, los profesionales de Enfermería o con grado superior pasaron a recibir los beneficios salariales del sector médico y otros profesionales afines en el año 2004.

La demanda en infraestructura, la CCSS admite un rezago en ese campo para el cual requieren 1.164 millones de dólares para mejorar la infraestructura de salud, tanto para hospitales, como clínicas y otras áreas de salud. (Vizcaino, 2014)

Junto lo anterior, se mantienen los problemas de recaudación de las cuotas obrero-patronales, con niveles de morosidad de las empresas importantes y se mantiene la insuficiente atención especializada .

Otro elemento que presiona sobre la crítica situación de la CCSS, son los recursos de amparo y de inconstitucionalidad contra la CCSS que se presentan ante la Sala Constitucional, cuyas decisiones tienen un fuerte impacto financiero, sólo en el año 2008, la Sala Constitucional, dictó 2000 sentencias, lo que hace entender sobre la predominancia del Poder Judicial en materia de decisiones políticas para atender la demanda de servicios o medicamentos de una persona.

En ese sentido, vale finalizar esta problemática de la CCSS, reiterando lo que el Dr. Jaramillo ha señalado:

*“ La CCSS, en sus inicios era una institución clasista, y no de beneficiarios, como ha terminado siendo, aunque pertenece al sistema de seguros sociales.*

*Antes atendería a los trabajadores enfermos y a sus familias, y a las mujeres en sus partos; también tenía a cargo la rehabilitación si era necesario; esa era su obligación médica. Ahora, abarca a toda la población, incluyendo a los indigentes, inmigrantes y a los no cotizantes, que son atendidos en caso de emergencia, sin costo alguno para ellos (pero pagados por la población asegurada que cotiza) algo extraordinario para un país pobre, pero esto contribuye a la crisis financiera de la CCSS*

Costa Rica, ha resistido las presiones externas de dismantelar un eficiente sistema de salud en América Latina, pero no está claro por cuanto tiempo continuará tolerando dicha presión que proviene del Banco Mundial y del Gobierno de Estados Unidos. (Muñoz, 1987)

El fortalecimiento de la CCSS dependerá de muchas decisiones y consensos en un punto donde su credibilidad está en juego y donde el sector privado se abre paso como el que resolverá los problemas de eficiencia, oportunidad y calidad que hoy le achacan a la CCSS, el análisis en ese sentido deberá continuar.

En todo este contexto, se menciona mucho la sostenibilidad financiera, pero esto no debe interpretarse únicamente como el equilibrio en un determinado período de tiempo, de los ingresos y egresos del régimen. El concepto más bien trata sobre las posibilidades financieras, que se tendrán en un futuro, para mantener un determinado paquete de atenciones a la salud, condicionado por un patrón de consumo, la estructura de edades de la población, los costos unitarios de los servicios, los gastos de administración, las inversiones en equipo e infraestructura necesarios, y otros elementos más.

Un problema serio que ha restado credibilidad a la CCSS, aparte del aumento de los tiempos y las listas de espera, es la corrupción, reflejada esta en diferentes formas, los denominados "biombos médicos" que se refieren a convenios ilícitos entre médicos y pacientes, las barreras administrativas para acceder a ciertas prestaciones, períodos recurrentes por falta de provisión de ciertos medicamentos. Todas estas prácticas, carentes de transparencia, promueven la corrupción del sistema en general y ponen en una desventaja manifiesta a las personas más necesitadas. (Salud O. P., 2003)

Alcanzar la sostenibilidad de la CCSS, requerirá mejorar la eficiencia en el uso de los recursos, mejorar la gobernalidad técnica, administrativa y política del sistema, consolidar el

principio de la solidaridad financiera, tener capacidad de respuesta para el impacto de las transiciones demográficas y epidemiológicas y dependerá por último de la capacidad de respuesta a los cambios en los procesos económicos y las transformaciones del mercado laboral.

El problema es que todos estos desafíos, están envueltos en un contexto de menor financiamiento por la disminución de la población cotizante (vinculada a un aumento de la población adulto mayor), la crisis fiscal que atraviesa el Gobierno de Costa Rica, años atrás sin poder resolver una reforma para ello y el alto costo en la atención de ciertas enfermedades que están en crecimiento, que presionan por mayores requerimientos de diagnósticos, tratamiento y tecnología médica más costosa.

Los problemas que enfrenta la CCSS, no sólo representan un gran desafío para la institución garante de un sistema que ha sido exitoso, sino para el país en general, donde los principales retos requerirán de amplios procesos de discusión y negociación para llegar a un consenso de todos los actores involucrados en la política pública de la salud.

Algunas noticias que comprueban los problemas de la CCSS publicadas en los principales periódicos del país:

### **1. Estructura burocrática y centralizada**

Se ha creado una gran burocracia por pura militancia política. En los últimos 20 años se han duplicado las gerencias, pasando de tres a seis, que además cuentan con sus estructuras. El nivel central de la CCSS incluye a 3.500 funcionarios que se dedican, principalmente, a labores administrativas de cobertura nacional. Muchos de ellos laboran en las oficinas centrales. (Ávalos, 2015)

Un ejemplo de la capacidad de gestión de la CCSS, lo señala el periódico La Nación con relación a que esta entidad recibió desde el año 2010 dinero del extinto Instituto contra el Cáncer, instituto que fue declarado inconstitucional por la Sala IV, por lo que sus recursos pasaron a la CCSS para ser invertidos contra el cáncer. Dos años después la CCSS mantenía ocioso el millonario fondo para combatir el cáncer por 33.627 millones de colones. (Vizcaíno, CCSS mantiene ocioso millonario fondo para combatir el cáncer, 2012)

El uso del dinero está planificado hasta el 2017, pero mientras eso ocurre el cáncer sigue imparable, sólo en el año 2012, más de 10.000 costarricenses presentarán algún tipo de tumor, para el 2025 serán 16.000.

## **2. Infraestructura**

Deterioro de infraestructura (comején en centros de operación de Hospital San Ramón) y el Hospital México que estuvo 4 meses sin sus 17 quirófanos, los cuales presentaban graves problemas eléctricos y se espera que en el 2016 se cuente con 14 nuevos quirófanos por un valor de \$ 15 millones. (Ávalos, El México ya tiene listos 9 quirófanos provisionales, 2014)

Asimismo, la falta de capacidad en hospitales más pequeños colma los centros principales.

El Periódico La Nación resaltó que las áreas de salud de la CCSS atienden en edificios dañados, señalando las sedes tienen las peores condiciones de infraestructura. Agregó que la CCSS construye sólo una sede por año y que la mitad de los 100 centros en el país deben hacerse nuevos para lo cual urge \$600 millones. (Vízcano, 2014)

En el caso de los EBAIS y clínicas menores, el Ministerio giró 400 órdenes sanitarias por el mal estado de oficinas y sitios para pacientes.

La paralización de quirófanos en el Hospital México (uno de los principales del país), desnudó grandes fallas en la atención de este tipo de crisis en la CCSS. Los fallos se dieron por problemas en el sistema eléctrico que obligaron a suspender el funcionamiento de los quirófanos. (Benítez, 2014)

Dicha crisis significó dejar de hacer, al menos, unas 2.000 operaciones debido a esta crisis. Habían 60 casos de cáncer gástrico, colon, páncreas e hígado en espera. (Ávalos Á. , 2014)

## **3. Listas de espera**

Y es que los problemas de la CCSS repercuten directamente en el ciudadano, por ejemplo, en las listas de espera, el periódico La Nación, divulgó en febrero de 2015, que 600 enfermos esperan una cirugía de corazón o pulmón. En ese punto resalta lo indicado por el

Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital México (hospital que atiende el 56% de la población nacional):

“ 500 pacientes en espera se traduce en una seria consecuencia: la gente de corazón se muere muy rápido, esta lista tienen una repercusión no sólo en mortalidad, sino en el agravamiento de la enfermedad ”.

El problema de disponibilidad de quirófanos ha impedido a la CCSS arrancar con un plan de mejora y disminuir las listas de espera. (Ávalos, 600 enfermos esperan una cirugía de corazón o pulmón , 2015)

El aumento de accidentes genera una mayor cantidad de pacientes con traumas, estas emergencias desplazan las cirugías en lista de espera. De 20% a 70% de los operados cada día entran por servicio de urgencias. (Vizcaíno, Emergencias desplazan las cirugías en lista de espera , 2014)

A nivel general, es decir del total de enfermedades que esperan operación, sólo abrir la mitad de las 180 salas de cirugía costaría, al año, hasta 9.000 millones en pago de sueldos. A finales del 2014, 114.687 personas estaban a la espera de una operación, siendo este uno de los mayores problemas de la CCSS, conjuntamente, que aunque se extendieran las horas de atención, aparece otro problema también importante, la falta de especialistas disponibles para cubrir todas las necesidades (Vizcaíno, Salarios complican extender horario en quirófanos de CCSS, 2015)

Este retraso sucede por la baja capacidad resolutive de los hospitales, cuyos directores se quejan por falta de personal, equipo, infraestructura y financiamiento para activar programas vespertinos. (Vizcaíno, Emergencias desplazan las cirugías en lista de espera , 2014)

Dentro de los planes de mejora, se señala la posibilidad de abrir más horarios en el segundo turno y abrir la cirugía electiva.

Otro problema que se ha planteado, es el diseño de la red de atención, por ejemplo, el Hospital San Juan de Dios, símbolo histórico de la salud en Costa Rica, está saturado. Tiene la mayor fila del país de pacientes en espera de cirugía, con más de 20.000 personas que llevan esperando en promedio 520 días.

En ese sentido, se propone diseñar la red de atención con una perspectiva de sistema, analizando los cuellos de botella, para lo cual se debería construir un hospital en el sur de la capital para atender los 4 cantones de este sector y desahogar las filas en el Hospital San Juan de Dios. (Ketehlhohn, 2014)

El problema de las largas filas de espera, es uno de lo que más impacto ha tenido, al punto de que los ciudadanos han tenido que acudir a utilizar los recursos legales para obtener la oportunidad de atención, así lo indica, la Defensora de los Habitantes:

¿En Costa Rica se ha utilizado el tema del derecho humano como un comodín discursivo?

—A veces siento que sí. A veces siento que se habla de derechos humanos y se cita una convención solo porque es muy linda y hay que citarla, y no necesariamente se desgrana en verdaderas obligaciones por parte de las instituciones del Estado. Un ejemplo claro: el derecho a la salud. El derecho a la salud sí se invoca frente a la Sala Constitucional, pero en términos de política pública tiene que ser traducido en los estándares del contenido a los derechos a la salud que son: accesibilidad, adaptabilidad y calidad del servicio; esos son temas de derechos humanos.

Cuando la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) le niega el acceso a los servicios básicos de salud de una persona es un tema de derechos humanos. Es una violación de derechos humanos, según el Derecho internacional. Va más allá de una mera política pública casi voluntaria del Estado, pasa a ser una verdadera obligación del Estado.

En la última década, miles de personas han tenido que recurrir a un recurso de amparo para obtener atención médica de la Caja. ¿Cómo se plantea abordar ese tema?

—Es un tema complejo que tiene que ver con recursos y que merece una respuesta interinstitucional. En primer lugar, no es posible que la gente tenga que seguir esperando un recurso de amparo de la Sala Constitucional. Más del 90% de los casos que llegan a los amparos de la Sala Constitucional son por la CCSS. Es una judicialización de la salud. Significa que hay una verdadera violación por parte del Estado de traducir en política pública sus obligaciones, y estamos esperando a que llegue al nivel judicial. (Rivera & Salazar, 2015)

En otro orden de puntos, la Sala Constitucional ha ordenado a la CCSS reducir sus listas de espera, el clamor de los ciudadanos se deja sentir, algunos opinando que para su atención no tendría que acudirse a los recursos legales pues es obligación brindar el servicio oportuno, otros opinan que la solución al problema de las listas de espera requiere del apoyo de la medicina privada para lo cual se debe eliminar el tabú de la privatización y optar por medidas que mejoren los niveles de atención. (Moreno, 2012)

#### **4. Morosidad de los patronos**

Casi 13.500 patronos activos le deben dinero a la CCSS por concepto de cuotas obrero-patronales. Entre todos le adeudan 13.463 millones, que representa el 17% de todos los patronos activos en este momento.

La morosidad se ve afectada también con las crisis económicas, de hecho, con el propósito de mitigar los afectos de la morosidad por cuotas producto de la crisis económica internacional, la CCSS amplió en el año 2012, el período para que patronos y trabajadores independientes que tienen deudas formalicen arreglos de pago con la entidad. (Díaz, 2012)

En un intento de recuperar el dinero, la CCSS ha abierto miles de expedientes judiciales y la CCSS ha procedido a cerrar más de 4.000 negocios de personas jurídicas y unos 1.500 de físicas. (Recio, 2014)

Del total de afiliados que cotizan a la seguridad social del país, el sector comercial es el que más aporta a los seguros de salud que ofrece la CCSS.

Y es que el problema de la financiación es tan serio que el Ministerio de Hacienda gestiona un préstamo con el Banco Mundial (BM) por \$417 millones para pagar parte de la deuda que el Estado arrastra desde hace décadas con la CCSS. La deuda se origina por la reforma de los años 90 con el traslado de 1.650 funcionarios del Ministerio de Salud a la CCSS. (Ávalos, Estado pide prestados \$417 millones para pagar a CCSS, 2015)

#### **5. Cambio en el perfil epidemiológico y envejecimiento de la población**

Las enfermedades no transmisibles como el aumento increíblemente rápido de las cardiopatías, el cáncer y otras enfermedades no transmisibles en países de ingresos bajos y medios han cambiado sustancialmente las necesidades sanitarias globales, dolencias que antes

se pensaban exclusivas de países ricos se han convertido en poco tiempo en la principal causa de muerte y discapacidad en regiones en desarrollo, y en el 2013 mataron a casi 8 millones de personas de menos de 60 años.

Sin embargo, aunque los países de altos ingresos tienen tasas de obesidad mucho mayores, los casos de muerte prematura y discapacidad por cardiopatías, cáncer y otras ENT disminuyeron considerablemente. Esto se logró en gran medida con herramientas y políticas poco costosas, pero que en los países en desarrollo no están difundidas como por ejemplo, fármacos de bajo costo para reducir los ataques cardíacos, vacunas para prevenir el cáncer de cuello de útero y la misma publicidad en relación con el tabaco que han reducido drásticamente su consumo en toda Europa.

Políticas de este tipo, pueden evitar muchas muertes partiendo de que una economía global, pacífica e inclusiva presupone vidas más sanas y productivas. (Daniel, Donlom, & Bollyky, 2014)

En Costa Rica, la cronicidad y el envejecimiento poblacional presionan a un sistema de salud diseñado para la atención de enfermedades transmisibles y eventos agudo. Estas enfermedades asociadas a padecimientos crónicos, exigen ya no la atención del paciente sino su retención en el sistema y el seguimiento a lo largo de su vida en cada uno de los servicios de salud.

En el caso de la gestión institucional, se requiere una estructura central flexible, pero también la recuperación de la vocación sistémica de servicio, lo que implica reformar el esquema de gobernanza y gerencia institucional a favor de la eficiencia y la eficacia, pero también conlleva romper paradigmas, como la división entre el nivel central y los servicios de salud, por uno en el cual todos y todas los trabajadores seamos cobijados por una misma visión y misión que trasciende cualquier centro de trabajo y que se sustente en una sólida base de principios y valores.

## **6. El financiamiento**

El financiamiento de la seguridad social es un tema que trasciende las fronteras de lo público, lo privado, lo gremial, lo sectorial y lo ideológico para ser un tema de Estado. (Sáenz M. d., 2014)

Otro tema, es la CCSS prevé fuere aumento del gasto de atención a adultos mayores, al indicar que ancianos, consumirán 30% del seguro de salud en 2050, para lo cual la CCSS señala que invertirá cerca de 45. 000 millones de colones, dirigidas a la promoción de la salud y a la prevención de los padecimientos que podrán padecer las poblaciones envejecidas para ese año.

Como muchos otros países, Costa Rica, está viviendo un cambio demográfico que hará que en el futuro haya más pensionados que trabajadores. El menor número de contribuyentes pone en peligro la capacidad de la CCSS para cumplir con sus obligaciones en servicios de salud y regímenes de jubilación.

Para añadir al informe de la OPS, jercarcas de la CCSS exponían lo siguiente al Periódico La Nación:

“ Hay que ser muy conscientes de que todavía estamos en crisis. Es notorio y evidente que la institución tiene un déficit en inversión en infraestructura. Y ahí con todo lo que tiene que ver con planta física, tecnológica, sistemas de información, el tema eléctrico”

“ Progresar hacia la sostenibilidad va a implicar diferentes áreas de trabajo. Una tiene que ver con el modelo de financiamiento. Hemos hablado de buscar un modelo mixto: más balanceado entre lo que son contribuciones y lo que son otros aportes (tributos). Hoy, 85% de los ingresos de la CCSS provienen de contribuciones, 10% son transferencias directas del Estado y 5% son otros ingresos. El segundo componente es la asignación de recursos para la operación y las inversiones estratégicas y el tercero, que de los tres es el fundamental, tiene que ver con la eficiencia en la gestión ”

Hay que crear todas las condiciones de negociación con cámaras, sindicatos y el Estado con el objeto de ir buscando la fórmula. En el tema de seguro de salud es distinto, porque las necesidades en salud son ilimitadas y eso lleva a un mayor grado de incertidumbre. (Ávalos, Los temas de la CCSS son temas país, 2014)

Una de las reformas legales que busca la CCSS es que la CCSS pedirá al Estado cubrir costos de los mil centros de Ebais, con lo cual todos los recursos del Seguro de Salud serían para el segundo nivel (clínicas y áreas de salud) y hospitales. Permitiría cerrar brechas de

inversión en infraestructura, equipos y tecnología en clínicas y hospitales que permitan una mejor calidad de los servicios y la cobertura universal.

Esta propuesta de reforma, consideran que es acorde con los tiempos debido a los cambios demográficos que experimenta el país, pues cada vez son menos los aportes al seguro social. Datos de la CCSS indican que mientras que entre el 2007 y 2009 los ingresos crecieron a un ritmo del 20% anual, en los últimos dos años no han superado el 8%. (Ávalos, CCSS pedirá al Estado cubrir costos de todos los Ebaís, 2013)

En los últimos diez años, dice la OPS, el seguro de salud se ha venido erosionando: "Se ha vuelto más vulnerable a condiciones adversas que lo ubican en situaciones financieras incómodas ". "Aún existe margen para incrementar la cobertura y mejorar los niveles de recaudación " aclara uno de los estudios. La OPS recomienda buscar espacios de ahorro, entre ellos, la reducción de las hospitalizaciones prevenibles que generan al año, inversiones de \$19 millones y reducción de las tasas de infección intrahospitalaria, con costos anuales de atención de alrededor de \$ 12 millones.

En este punto, es importante señalar lo expuesto por el Gerente Financiero de la CCSS, Sr. Gustavo Picado: " Este país necesita progresar a un sistema más mixto, donde las contribuciones sean un componente, pero con otros elementos, los que, en principio, tienen que ver con una participación fiscal mucho más fuerte".

" Requerimos un nivel de financiamiento para mantener el nivel de servicios y mejorarlos en las próximas décadas, y alguien va a tener que aportar, en algún momento, recursos extra. Cuando hablamos de lo fiscal es impuestos a comidas rápidas, a casinos. Ir pensando en otros mecanismos de aporte. Aquí hay que entrar en una discusión de país" (Vizcaíno, Ingresos de CCSS se quedan cortos para atender asegurados, 2014)

Para muchos la crisis de la CCSS tienen sus raíces en leyes y reglamentos promulgados entre los años 70 y finales de los 90, pero hay dos hechos en la historia reciente que hicieron estallar la bomba:

La homologación de los salarios de los profesionales de la CCSS a la escala definida para los profesionales del Gobierno Central, lo cual tuvo un impacto fuerte y permanente en

las finanzas de la CCSS. A esa homologación, se unieron luego más de tres mil enfermeras que laboraban en la CCSS.

La creación de casi 11.000 plazas en ese mismo período de fuertes alzas salariales.

La CCSS acabó el 2011, el peor año de su crisis, con un déficit de 93.000 millones creado, principalmente por un desmedido aumento de plazas y gastos en salarios.

De hecho, el primer informe presidencial a la Asamblea Legislativa, brindada por la Presidente Chinchilla en mayo de 2012, dejaba claro la urgencia de dotar de recursos a la CCSS ante el fracaso del plan fiscal.

En agosto de 2013, la Caja anunció que sus finanzas han mejorado y que ya logró revertir la crisis, en especial con la contención del gasto en remuneraciones, becas, consultorías y otras.

Como parte de las medidas de control del gasto, se generaron roces entre los profesionales de las ciencias médicas y los funcionarios de la CCSS, los primeros aducían que no eran disminuciones presupuestarias sino que las medidas buscaban la eficiencia, sin embargo, la Unión Médica Nacional, señalaba que habían recortes que sí afectaban a los pacientes, donde el presidente de esta organización de profesionales de las ciencias medicas, apelaba lo siguiente: " Que el ahorro, entre comillas, que la Caja tenga este año, y el siguiente y el siguiente, a la vuelta de la esquina los problemas lo va a ver el paciente cuando no tenga la misma calidad en los servicios" (Vargas & López, 2012)

Pero aunque parece ir en franca recuperación, la salud financiera de la CCSS aún depende del respirador artificial para evitar una recaída. Se nota que todavía hay temas muy gruesos sin resolver para garantizar su estabilidad en el mediano y largo plazo: Uno de los más claras es que, desde que estalló la debacle, en el 2010, los ingresos por contribuciones han crecido en tasas muchos menores a otros años, dichos aportes son la base del financiamiento de la CCSS. La Contraloría General de la República, también se muestra cauta al dar su diagnóstico, pues estima que los pagos de emergencia que hizo el Estado para honrar viejas deudas podrían esconder la situación real del régimen de salud.

El Gobierno inyectó 193.000 millones y faltan por cobrar 410.000 millones de colones. Sin embargo, no se está claro, el monto total de la deuda del Estado con la CCSS,

pues el periódico La Nación ha citado que la suma adeudada al seguro de salud es de 622 millones de colones. (Vizcaíno, Ingresos de CCSS se quedan cortos para atender asegurados, 2014)

También se apunta como problema, que la CCSS maneja un sistema financiero de 2.5 billones sin contar con un sistema financiero. (Ávalos, Finanzas de la CCSS siguen conectadas al respirador, 2013)

Las aspiraciones de la población en materia de educación, salud y seguridad requieren recursos que hoy no tenemos. Este conjunto de acciones no sustituye la reforma fiscal, esto no alcanza. (Prat, 2012)

En julio de 2014, la Presidente Ejecutiva de la CCSS, Dra. Rocío Sáenz, señalaba que la la CCSS no está en crisis financiera, sin embargo, la situación es de una fragilidad tan extrema que por eso digo que está pegada con chinces. Está vigente el plan de contingencia que se activó para detener la caída en picada de las finanzas institucionales, lo que lograron, pero esta aparente estabilidad es muy frágil, no es suficiente, no se puede quedar ahí. Las medidas para racionalizar el gasto redujeron áreas muy sensibles para la población, como las nuevas plazas para la atención de la gente en los centros de salud. Hay un déficit que superará a fin de año las 1.500 plazas, limitó las inversiones en infraestructura, transportes, viajes al extranjero, viáticos, reposición de equipos y otros.

Estas medidas fueron efectivas para detener el aumento de los gastos pero no se pueden mantener por mucho tiempo porque generarían una crisis de precariedad en la prestación de servicios de salud. Esto sería entrar en una fase más profunda de la crisis, muy difícil de recuperar. (Chacón, 2014)

## **7. Plazas**

Se requieren enfermeras y asistentes de pacientes, en total 43 plazas para servicios en el Hospital Calderón Guardia. Se pretende seguir con el mejoramiento de la gestión del servicio de emergencia y la lista de espera quirúrgica y seguir depurando la lista de espera de consulta externa. El hospital ha estado en escándalos de una red de tráfico internacional de órganos.

## **8. Corrupción**

Lamentablemente, este es un tema que ha golpeado fuertemente a la CCSS, primero con la corrupción al más alto nivel de directivos involucrados a fines de los 90's con préstamos internacionales para la compra de equipo. En el año 2011, año en que se evidencia la mayor crisis de la CCSS, sobresalen también actos de corrupción indagados por la Contraloría General de la República.

Esta vez por las compras urgentes que son mecanismos que le permiten a la CCSS hacerse de medicinas de manera expedita y sin tomar en cuenta varios requisitos. En ese caso, la misma Auditoría de la CCSS confirmó que la entidad había pagado hasta 10 veces más por un fármaco comprado de forma urgente que por licitación y que no se hacían estudios sobre la razonabilidad de los precios. (Vizcaíno, Fiscalía indaga a 5 personas por anomalías en compras de CCSS, 2012).

Otro tema, es la posibilidad que tienen los profesionales de ciencias médicas de trabajar, tanto en el sector público como en el sector privado, lo que ha generado algunos conflictos de intereses como los señalados por el Periódico La Nación de radioterapeutas que trabajando en una empresa privada de acelerador lineal (equipo que detecta tumores malignos), decidían cuáles pacientes los podía atender en la CCSS o en la empresa privada, recibiendo en ambas organizaciones, su paga. El reportaje se desprende de un informe de la auditoría que señaló el caso como de conflicto de intereses.

Según la encuesta realizada por la Escuela Estadística de la Universidad de Costa Rica realizada en el año 2012, un 61% de la población opina que las medidas tomadas por el Gobierno para superar la crisis han sido poco efectivas y un 33% opina que no se ha hecho nada. En dicha encuesta resalta la percepción ciudadana ante los casos de corrupción, el señalamiento de que los jefes no han administrado bien a la institución y el incumplimiento del Gobierno de pagar a la CCSS las deudas que mantiene con esa institución. (Soto, 2012)

### **6.9. Estudio comparativo sobre las reformas de salud en América Latina: Los casos de El Salvador, Colombia y Costa Rica**

Como se ha podido observar, Costa Rica realiza una transformación en sus políticas públicas de salud, mediante la reforma de 1995, punto a partir del cual, se empiezan a notar

una serie de problemas de financiamiento y de gestión, aunque también de nuevos factores endógenos que ponen en crisis a la principal institución del sistema de salud costarricense: la CCSS.

No obstante, esas transformaciones de los años 90's, dirigidas por organismos internacionales, no se sólo se estaban dando en Costa Rica, sino en casi toda la región latinoamericana.

A continuación se presentan algunos hallazgos importantes de estas reformas desarrolladas en América Latina, en la década de los 90's, con el fin de contar con más elementos de globalización y cambios, en este caso, la tendencia de los sistemas de salud en América Latina.

El análisis comparativo se dirige al análisis de las reformas de esa década, en El Salvador y Colombia, las cuales se contrastarán en los aspectos relevantes de encuentro y desencuentro con Costa Rica, todo en el marco de los avances y las dificultades que ha generado en la región, el impulso de medidas neoliberales en los sistemas de salud en América Latina, unas con mayor éxito, otras con mayor dificultad y otras con mayor resistencia.

Previamente, es importante tener presente, que las reformas de salud, afectan a todos sus involucrados, no solamente a las organizaciones del sistema de salud sino al resto de instituciones del Estado y a la sociedad civil. También afecta a organizaciones no gubernamentales y al sector privado prestador de servicios de salud. Es por eso que las reformas demandan el fortalecimiento político-institucional para el desarrollo de sus políticas públicas, siendo necesario construir espacios públicos que garanticen la participación ciudadana, todo esto en el concepto moderno de la salud.

#### **.- El Salvador**

En el proceso de construcción del desarrollo social de El Salvador, la salud como componente básico de ese desarrollo ha seguido un camino tortuoso de avances y estancamiento, estimulado por el impulso que la población organizada demanda de los hacedores de la política pública de salud. (Mendez & Espinoza, 2001)

El sistema de salud salvadoreño, ha tenido muchos conflictos por las distintas propuestas de privatizar el subsistema público, bajo la justificación de que es la solución para reordenar un sistema fragmentado y descoordinado que ha generado grandes costos al no aprovechar la exigua capacidad instalada. Esta descoordinación, obedece a que en la estructura del sistema de salud, no existe una cima o una vértice estratégica, de ahí, la crítica aceptada de su segmentación y fragmentación, con más de dos millones de personas sin cobertura regular de servicios de salud.

El sistema de salud salvadoreño sobresale por dos instituciones principales, una la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). La mayor parte del financiamiento procede del presupuesto estatal como parte del Presupuesto General de la Nación, igualmente, se financia con fondos provenientes de la banca internacional o de cooperación internacional. En su momento, se cobraba servicios en el primer nivel de atención, pero debido a la alta demanda de este nivel, el Gobierno decidió no cobrar más por los servicios con el agravante de que no reasignó recursos para cubrir los faltantes por dicha decisión. También al no cobrarse servicios, la demanda de servicios del primer nivel, creció sensiblemente y la poca capacidad generó una barrera de acceso a los servicios. Vale indicar que el monto disponible para el primer nivel de atención y las acciones preventivas o de educación y promoción en salud, son extremadamente insuficientes. (Mendez & Espinoza, 2001)

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), proporciona cobertura a los trabajadores de empresas privadas y empleados del Estado, con sus beneficiarios respectivos. Su fuente de financiamiento es tripartita proveniente de las aportaciones del Estado, los patronos y las cotizaciones de los trabajadores, el sector rural no está incorporado así como tampoco la población desempleada.

También tienen un sistema aparte, la Asociación Nacional de Telecomunicaciones, Seguridad magisterial y los servicios sanitarios del Sanidad Militar, estas entidades proveen el servicio con financiamiento público, venta de servicios y provisión de servicios privados.

Otro componente importante del sistema, son las empresas privadas, lucrativas y no lucrativas, que cuentan con hospitales y clínicas del seguro y tercer nivel asistencial, en algunos de los departamentos de El Salvador.

El sector privado no lucrativo opera fundamentalmente de donativos de gobiernos e instituciones donantes extranjeras, la mayoría complementa sus ingresos con programas propios de recuperación de costos.

El sector privado lucrativo obtiene su financiamiento de la población en general, que acude en demanda de sus servicios, aproximadamente un 35% de la demanda por consulta externa de la población, incluyendo población cubierta por el ISSS y población pobre es cubierta por el sector privado. En el caso de la demanda por hospitalización, la población cubierta por el ISSS acude a las instalaciones del ISSS, la población pobre acude a los hospitales del MSPAS a pesar de las largas listas de espera y solamente un 5% de la población es atendida por el sector privado.

El Salvador invierte el 8.3% del PIB en Salud, sin embargo, solamente el 43% de ese gasto fue de inversión pública y un 43% restante, privado, es decir, del bolsillo de los hogares.

Esta composición pública-privada es de las más inequitativas de la región, ya que en el resto de Centroamérica el 75% es inversión pública y sólo un 25% privada. Por otra parte, la inversión que hace el Ministerio de Salud en El Salvador es igual al gasto de bolsillo que hacen la población pobre y extremadamente pobre, condicionándose así un "gasto catastrófico en salud" (para recuperar la salud perdida de algún miembro de la familia, se debe privar al grupo familiar de otra necesidad básica).

Todo lo anterior, debe considerarse en el contexto político y económico de El Salvador, donde las consecuencias del modelo de desarrollo neoliberal impuesto desde los países desarrollados directamente y a través de las presiones de los organismos internacionales financieros multinacionales. Las consecuencias del desempleo y de la migración poblacional son muy graves para la salud del grupo familiar, además de que El Salvador sigue siendo uno de los países más violentos del mundo.

Los cambios demográficos y sociales de El Salvador, inciden en el perfil epidemiológico, el cual presenta una alta prevalencia de enfermedades infecciosas relacionadas, de hecho los niveles alcanzados por la mortalidad materna e infantil aún no son aceptables. (Mendez & Espinoza, 2001)

Como se dijo al principio, todos los sectores sociales coinciden en que el actual Sistema de Salud salvadoreño contiene marcadas debilidades y necesita a todo nivel una reforma profunda, es así que a finales del año 2002, el gobierno hizo una propuesta que privilegia la comercialización y la privatización de los servicios públicos de salud, lo cual desató una protesta generalizada entre los trabajadores de la salud y el pueblo en general.

#### **.- Principales hechos en el proceso de Reforma de Salud en El Salvador:**

Marzo 1994, un grupo de organizaciones de la sociedad civil sometió a consideración de los candidatos presidenciales una propuesta de Reforma al Sistema de Salud llamada " Una propuesta de Salud para la Nación "

Abril 1994, un equipo técnico internacional, contratado por la Agencia de Estados Unidos para el desarrollo internacional (USAID) y apoyado técnicamente por la Organización Panamericana de la Salud (OPS ) y organismos financieros internacionales (Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo) formuló el proyecto llamado ANSAL (Análisis del sector salud de El Salvador), el cual contenía recomendaciones para una reforma de salud denominada " La Reforma de Salud: Hacia una equidad y eficiencia " .

En 1995, conforme las recomendaciones de la ANSAL, se dio inicio a una serie de medidas que en su conjunto fueron llamadas " modernización " del Sector Salud y que generaron situaciones confrontativas a diferentes niveles y con varios actores ( los sindicatos de salud, el gremio médico, la Universidad Nacional, OPS, el Gobierno de Holanda, otros).

La Universidad Nacional en el año 1996 argumentando que la propuesta de reforma de salud provenía de organismos internacionales abrió un debate nacional sobre la Reforma de Salud con un evento denominado " Con qué pluma se está escribiendo la Reforma de Salud "

En 1997 estalla un fuerte conflicto laboral con el gremio médico que termina en 1998 con el compromiso gubernamental de conceder a los médicos prestaciones laborales y participación en el diseño de la Política de Salud.

Desde 1997 y hasta la fecha, 5 propuestas de reforma de salud, han sido publicadas.

En 1999, el nuevo Gobierno conformó un equipo técnico denominado " El Consejo Nacional de la Reforma de Salud " encargándole que en el término de un año (octubre 2000),

basándose en esas 5 propuestas, entregara una propuesta en consenso. En el año 2000 se volvió a dar otro conflicto generado por el gremio médico y los trabajadores del ISSS, acusando al Gobierno de querer privatizar el ISSS y de incumplir los compromisos laborales. El conflicto se solucionó retirándose la voluntad de poner en marcha una propuesta de consenso y promesas gubernamentales de no privatizar el Sistema Público.

Pese a lo anterior, en el año 2002, el Gobierno Salvadoreño, apoyado por la Asociación Nacional de la empresa privada y por FUSADES, respondió con otra propuesta de privatización. Mediante el decreto No. 1025, en línea con la propuesta gubernamental de privatización y concesiones de los servicios de salud. En ese año la Presidencia de la República, presenta una propuesta de reforma “ Democratización del Sistema provisional de Salud” en la cual se privilegia la participación privada en la prestación de servicios, mediante la modalidad de libre elección.

Esta propuesta, sumada a las condiciones económicas y sociales, así como las fuertes críticas a las condiciones de salud y las iniciativas que pretendían favorecer al sector privado en la prestación de servicios de salud, desencadenaron una amplia movilización de organizaciones sociales que iniciaron y mantuvieron un conflicto durante nueve meses, el cual finalizó el 13 de junio de 2003. (Ruales, 2011)

En ese año el Presidente de la República, MSPAS, ISSS, Colegio de Médicos de El Salvador y SIMETRISSS, pactaron el “ Acuerdo para la solución del conflicto de salud e inicio del proceso de reforma integral de salud” que el gremio había presentado en el año 2000. Con ello se acordó dar continuidad a la propuesta de reforma integral de salud y se institucionaliza una comisión nacional de seguimiento a la propuesta de reforma integral de salud. La propuesta de reforma integral de salud, contenía dentro de sus lineamientos la consolidación del sistema nacional de salud y de un modelo de provisión mixta, garantizar los servicios esenciales de salud a toda la población y promover la descentralización como un eje transversal del sistema de salud.

Del año 2003 al año 2007, se trabaja en una serie de propuestas, incluyendo la participación social y recursos humanos. Es así que se crea la Ley de creación del Sistema Nacional de Salud, el Modelo de Salud Familiar y la Política Nacional de Salud.

Con estas propuestas se pretendía elevar el nivel de salud de la población salvadoreña mediante el fortalecimiento de la capacidad rectora del MSPAS, la implantación efectiva del modelo de atención integral con enfoque de salud familiar, la cobertura universal de salud, asignación presupuestaria acorde a las necesidades de la población.

Con la nueva política nacional de salud, se pretendía un sistema nacional integrado de salud que fortaleciera sostenidamente lo público y regulara efectivamente lo privado.

En el año 2010, se aprobó un nuevo plan de reforma de salud, con el fin de incrementar la cobertura, fortalecer los niveles segundo y tercero de atención con un enfoque centrado en la promoción de la salud.

Bajo la premisa de garantizar el Derecho a la Salud de todos los salvadoreños, se inicio la operacionalización del proceso de Reforma de la Salud a partir del segundo semestre del año 2010. La Reforma ha avanzado a lo largo de los años, consolidando logros pese a la difícil situación económica del país, como parte de la crisis internacional. En el trascendental esfuerzo por romper barreras geográficas, económicas y culturales se han extendido los servicios de salud con énfasis en las poblaciones más pobres, vulnerables y desprotegidas, con la activa participación de la población como sujeto de desarrollo. (OPS/MISAL, 2014)

Sin embargo, la crisis financiera internacional y nacional ha condicionado que los fondos públicos para la salud no se han incrementado como lo hicieron entre 2009 -2011, con lo cual la reforma del sistema de salud se enfrenta a un problema de gobernabilidad, dado que las demandas de servicios de salud se incrementaron tremendamente, debido a la política de gratuidad de los servicios, ampliación de la oferta e identificación activa de problemas de salud, como consecuencia de los nuevos modelos de atención, así como de la ampliación de las expectativas de la población con la reforma. El ISSS también tiene problemas de sostenibilidad financiera dado su dependencia de los ingresos procedentes del empleo formal y la imposibilidad de incrementar los techos sobre los cuales se cotizan, las primas del Seguro Social de Salud.

De igual manera existen dificultades políticas y económicas para ampliar las fuentes de recursos públicos para la salud mediante esquemas de ampliación de las bases de tributación, creación de nuevos impuestos, tasas y techos de contribución más equitativos y solidarios. Esas tasas y techos se han mantenido estables por décadas. Todo esto, pese a que

han existido esfuerzos limitados para avanzar hacia fondos mancomunados para la salud. El crecimiento de fondos publicos del MINSAL, ha sido insuficiente aun para incentivar y facilitar esquemas de mayor integracion sectorial; los per-capita diferenciales, al interior del subsector publico, siguen siendo enormes y obstaculizan cualquier intento de integracion. Por razones politicas, economicas, institucionales, legales y gremiales, hay resistencia al cambio hacia esquemas de mancomunicacion de fondos publicos que permitan mayor solidaridad, equidad y redistribucion social con justicia, en el sistema nacional de salud. (OPS/MISAL, 2014)

Para alcanzar la cobertura sanitaria universal de salud, el financiamiento se destaca como un elemento estratégico para alcanzar sus objetivos, por eso es que se plantean nuevos modelos de financiamiento mediante los valores de la solidaridad, equidad y eficiencia sea mediante la eliminacion de copagos en punto de atencion como por la reduccion sustantiva del gasto de bolsillo, con especial énfasis en hogares con poca o ninguna capacidad de pago. También, se busca una mancomunicacion solidaria con el fin de proteger financieramente contra gastos catastróficos y evitar las consecuencias económicas de las enfermedades de alto costo y las lesiones, tales como cáncer, insuficiencia renal crónica, quemaduras graves o discapacidad severa.

Durante los últimos 16 años, el Gasto en Salud (GS) de El Salvador, en valores corrientes ha mantenido una tendencia creciente, que incluso se duplico, pasando de \$781.7 millones (1996) a \$1,563 millones (2011). (MINSAL, 2015)

Sin embargo, en comparación con otros países de la Región de las Americas, los niveles de inversión en salud de El Salvador aún son inferiores al promedio Regional, por debajo incluso de Nicaragua, Costa Rica, Honduras y Guatemala.

Como un elemento sumamente importante, son las diferencias que evolucionan de un mayor gasto privado a un mayor gasto público, así se identifica un primer periodo que va de 1996 a 2004, en donde mas del 50% del gasto nacional de salud correspondía al gasto privado de salud,, según la relación publico/privado de ese año fue 41/59, con importante aporte proveniente de los hogares en forma de gasto de bolsillo.

Sin embargo, a partir del año 2005 se documenta un mayor peso relativo del gasto público dentro del gasto nacional de salud, con mayor énfasis en el periodo 2009 a 2011,

presentando tasas de crecimiento sostenido del más del 7.5% anual desde 2009, llegando a constituir el 63% del gasto nacional de salud, cuyas fuentes principales son impuestos generales e impuestos al salario.

Esta situación coincide con una notable reducción del gasto de bolsillo, resultante de la decisión del MINSAL de eliminar todo tipo de copago en el lugar de atención. Es bien conocido que países con una mayor proporción del gasto nacional de salud financiado con fuentes de carácter público, tienden a producir mejores niveles de cobertura en salud para poblaciones vulnerables, reducen las inequidades y mejoran el acceso a los servicios de salud.

Lo anteriormente indicado coloca al país, dentro del espectro internacional de la Región de las Américas, en uno de los que tienen más alto gasto público en relación al gasto nacional de salud. De hecho, de acuerdo al Informe de Salud 2013 de la Organización Mundial de la Salud, que establece indicadores de Cuentas en Salud de 2011, en la Región de las Américas, en promedio, el gasto público (gasto de gobierno general en salud) representó menos de la mitad del gasto nacional de salud (47.9%), estando El Salvador, muy por encima del promedio regional ocupando el cuarto lugar de gobiernos que invierten en salud, por encima de México, Chile y a nivel centroamericano, únicamente lo superan Costa Rica (que ocupa el segundo lugar) y Panamá.

La cobertura de los seguros sociales en El Salvador, al estar condicionada al empleo formal y a la cultura previsional de la sociedad, se concentra principalmente en áreas urbanas y no supera el 27% de la población. Por lo tanto, la mayor cobertura de atención recae sobre el MINSAL, la cual es la institución que por atender a la mayor población (rural, sin empleo, pobreza) es la que menos logra financiar por la limitación de recursos. La recaudación de otras instituciones, como la del magisterio y la militar, logra financiar a su adscritos con mayor fuerza que el ISS de El Salvador.

En resumen, la reforma produjo grandes cambios originados en distintas iniciativas que aunque han tardado en implementarse, han logrado mejorar el desempeño de la salud, asimismo, el establecimiento de una política de gratuidad e incremento significativo en el financiamiento del presupuesto nacional y la innovación mostrada en la gestión del modelo de atención primaria, así como la ley de medicamentos y vacuna y la gestión en los mandos de control de financiamiento, organizacional y regulación. Aún quedan cosas pendientes, pero los niveles de esfuerzo logrados a nivel financiero, institucional y jurídico muestran los

avances de un sistema que luego de muchas dificultades y presiones de privatización, tuvo las opciones para analizar distintas alternativas que hoy lo dirigen hacia un sistema nacional de salud con dominio estatal.

**.- Colombia:**

Colombia inició en Diciembre de 1993 un nuevo y ambicioso camino dirigido a lograr en una década la cobertura en salud de todos sus ciudadanos. En esa fecha fue expedida la Ley 100, que pretende transformar el viejo Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista estatal y caracterizado por su organización vertical y planeación centralizada, en un Sistema General de Seguridad Social en Salud, basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un enorme componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos.

El viejo Sistema tuvo un gran desarrollo entre 1975 y 1984, con el crecimiento de hospitales, centros de salud y funcionarios del sector, pero la crisis fiscal de ese último año redujo los aportes para la salud del 8% del presupuesto nacional a menos del 4% en los años sucesivos y su cobertura efectiva quedó frenada indefinidamente en el 27% de la población. (Jaramillo I. , 2000)

Realmente mostró una cobertura deficiente del doble de esta población (55%), con enormes diferencias regionales. El financiamiento basado en criterios históricos y presiones institucionales fue acentuando las diferencias entre regiones desarrolladas y subdesarrolladas en servicios de salud. Por otra parte, un 15% de la población tuvo en el mismo periodo cobertura por parte del Instituto de Seguros Sociales, una de las más bajas de Latinoamérica, básicamente limitada a la fuerza laboral, un 5% por otros servicios de seguridad social para funcionarios públicos y sus familias (total 20%), y un 10% de los colombianos podían financiar su salud privadamente. El resto (15%), se consideraba sin accesibilidad a servicios de salud aceptables.

La Reforma parte de definir dos regímenes: el contributivo, para quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes, y el subsidiado, para quienes no tienen dicha capacidad y a quienes el Estado debe financiarles parcial o totalmente el valor del seguro obligatorio.

El Régimen Contributivo, basado en el esquema del viejo Instituto de los Seguros Sociales para trabajadores del sector privado, se modificó con cuatro medidas fundamentales:

1.- Aumentar los aportes para la Seguridad Social en Salud del 6 al 12% del salario del trabajador, para cubrir al cónyuge y los hijos. Cuatro puntos serían pagados por el trabajador y ocho por el patrono.

2.- Acabar con el monopolio del Instituto de Seguros Sociales en la administración del seguro obligatorio de salud, abriendo la posibilidad de competir a empresas privadas con o sin ánimo de lucro, empresas cooperativas e incluso a otras empresas públicas o mixtas. Fueron denominadas con el eufemismo de Entidades Promotoras de Salud (EPS). Para finales de 1996 se encontraban en funcionamiento 30 de ellas.

3.- Determinación de un valor único promedio del seguro obligatorio anual (unidad de capitación/UPC), alrededor de 150 dólares, resultante de reunir todos los aportes y dividirlos por el número de beneficiarios. Creación de una cuenta de compensación en un Fondo Especial que recibe mensualmente los aportes provenientes del 12% de las nóminas y reconoce a cada administradora 1/12 del valor de la UPC por cada beneficiario mes. Dos sindicatos poderosos, el de la empresa estatal de petróleos y el de maestros, buscando proteger sus beneficios extraordinarios, quedan exentos de la ley, junto con las fuerzas militares.

4.- Creación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, organismo de concertación entre el Gobierno, las administradoras del seguro obligatorio, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los gremios y los trabajadores, máximo organismo rector del Sistema, buscando el equilibrio del mismo.

El Régimen Subsidiado es más ambicioso aún, para lograr asegurar al menos a un tercio de la población colombiana en la primera década. Se basa igualmente en cuatro puntos.

1.- Consecución de nuevos recursos para su financiamiento. Se dedica a un fondo de solidaridad uno de los 12 puntos de los aportes de todos los trabajadores. El Estado debe colocar similar cantidad de recursos a dicho fondo, provenientes de otros impuestos. Impuestos adicionales al petróleo deben fortalecer este fondo. Los municipios deben dedicar al aseguramiento de la población pobre el 60% de los nuevos recursos para salud transferidos por la Nación.

2.- Transición de los viejos recursos de la oferta a la demanda. Paulatinamente se deben convertir la gran mayoría de los recursos públicos que financian los hospitales en seguros adquiridos para la población pobre. Los hospitales deberán ser eficientes y competitivos, convertidos en Empresas Sociales del Estado para lograr sus ingresos por la venta de servicios a las diversas administradoras del Régimen Subsidiado y Contributivo.

3.- Los recursos del Fondo de Solidaridad en la nación, los recursos del financiamiento de los Hospitales en los departamentos y los recursos municipales deben sumarse para lograr el aseguramiento de toda la población pobre.

4.- La cobertura en servicios del seguro Subsidiado se plantea con gradualidad, debiendo ser igual a la del Contributivo en el año 2002. Mientras tanto los servicios no cubiertos por el seguro continúan a cargo de los hospitales públicos

**.- Cronología de la reforma:** (reforma, 2015)

**1994. Año de cambio de Gobierno.** El Gobierno saliente dedica la primera mitad del año a expedir las normas reglamentarias, incluida la reforma del Ministerio de Salud y el fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud. El Gobierno entrante se decide, tras varias discusiones de sus asesores y con algunas observaciones, a implementar la reforma y no modificar la ley.

**1995. Año de inicio de la implementación.** En el régimen contributivo se autorizan la primera decena de aseguradoras (Entidades Promotoras de Salud - EPS), buena parte provenientes de las empresas privadas de medicina prepagada y de los grupos económicos más poderosos.

Los empleados públicos y sus entidades de previsión se resisten a entrar en el nuevo sistema común, dando lugar a normas especiales de adaptación para algunas de estas entidades, otras se convierten en E.P.S.y la mayoría se liquidan. La cobertura del régimen contributivo asciende del 19% al 22% de la población colombiana.

La cobertura en servicios del seguro subsidiado se disminuye, sobre el entendido de que los tratamientos no cubiertos quedan a cargo de los Hospitales Públicos, con base en los viejos recursos que aún reciben. Queda cubierta la atención de primer nivel, la atención

materno infantil en todos los niveles y las enfermedades de alto costo por un mecanismo de reaseguro (cancer, sida, trasplantes, etc)

**1996 Año de ajustes.** En el régimen contributivo, treinta Entidades Promotoras de Salud entran a competir por los afiliados. El Gobierno, debilitado por una crisis interna se apoya en los sindicatos que se resistían entrar en el Sistema, afirmando que, después de tres años de expedida la ley, no ha podido contabilizar los recaudos ni los afiliados.

Las EPS con baja afiliación tienen un porcentaje de gastos administrativos muy elevados y la iliquidez de algunas comienza a ser evidente, por la mora en el pago a hospitales y clínicas. La cobertura del régimen contributivo asciende del 22 al 27% de la población.

Las quejas de los ciudadanos por los servicios no cubiertos por el seguro obligatorio comienzan a ser constantes y muchas demandas son ganadas en los tribunales contra las respectivas Entidades Promotoras de Salud, en defensa del derecho constitucional a la vida y a la salud, hecho que inquieta gravemente a las administradoras y posteriormente al Ministerio, que por fallo legal debe asumir estos servicios no calculados en el costo del plan obligatorio de salud, como los medicamentos para el SIDA.

El gremio médico, por su parte, se queja de haber sido empobrecido por el Sistema, debido a las bajas tarifas que pagan las EPS. Las Clínicas y hospitales se quejan igualmente, pero los análisis muestran que sus déficit se deben más a la ineficiencia de los mismos que a las tarifas limitadas que el Sistema permite..

Los Hospitales Públicos contratados por las administradoras no cumplen a cabalidad con sus obligaciones para con los afiliados y muchos pretenden cobrar a los mismos los servicios no incluidos en el seguro, que por norma debían asumir de su presupuesto. A su vez los Hospitales se quejan de que las Administradoras no pagan oportunamente, ni carnetizan a todos los afiliados, por lo que obtienen un enorme margen de utilidad y estas señalan que los Alcaldes no pagan a tiempo los contratos de aseguramiento.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud incluye los primeros procedimientos quirúrgicos de alta frecuencia en el seguro subsidiado, una vez demostrada por estudios la baja demanda de servicios y las enormes utilidades de las Administradoras.

Al finalizar el año se expide una ley que ordena de nuevo y al mismo tiempo cuantifica el retiro gradual de los presupuestos a los Hospitales Públicos en los siguientes cuatro años, recursos que deben permitir aumentar el aseguramiento de la población pobre en el régimen subsidiado.

**1997 Año de consolidación del Sistema.** Las EPS privadas, al finalizar el tercer año de operación han logrado apoderarse de un tercio del mercado y el Seguro Social permanece con dos tercios de los afiliados. El Instituto de Seguros Sociales es obligado finalmente por los altos tribunales a cruzar cuentas con el Sistema. La cobertura del Régimen Contributivo se incrementó durante el año a pesar de la crisis económica y el incremento del desempleo.

El Régimen Subsidiado presenta muchas más dificultades durante el año. Los Hospitales públicos comienzan a mostrar su descontento por la reducción del 15% de los aportes nacionales, pues no todos logran facturar esa proporción a las administradoras, fundamentalmente los especializados, cuyos servicios en su gran mayoría no son cubiertos por el seguro subsidiado.

Los trabajadores de la salud amenazan con la huelga por aumentos salariales en cuatro oportunidades y logran paralizar los hospitales en dos de ellas. El Gobierno se ve forzado a transferir algunos recursos adicionales y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud incluye nuevos procedimientos en el seguro subsidiado que permitan incrementar los ingresos de los Hospitales de segundo y tercer nivel.

Es evidente que los enormes recursos del aseguramiento de la población pobre no llegan a traducirse ni en un 30% en ingresos de los hospitales por venta de servicios a las Administradoras del Régimen Subsidiado. La demanda de servicios de los afiliados resulta muy inferior a la calculada. Sin embargo, muchas Administradoras presentan serios problemas financieros debidos al incumplimiento en los pagos por parte de los municipios.

El grave problema de liquidez acaba afectando también a los hospitales, por la mora en el pago por parte de las Administradoras, pero fundamentalmente porque la baja demanda de los afiliados no les permite una adecuada facturación. Los beneficios a los afiliados parecen progresar con mucha más lentitud de lo esperado.

El régimen subsidiado alcanza, sin embargo, los 7.000.000 de afiliados al finalizar el año, con importantes diferencias en la cobertura de la población pobre en las distintas regiones del país.

**1998 Año de la crisis hospitalaria.** Un importante análisis sobre la facturación y cartera de los hospitales públicos realizado por la Superintendencia de Salud revela que mientras los hospitales de Primer Nivel de Atención (generales) logran el 39% de sus ingresos por ventas a las Administradoras del Régimen Subsidiado, los hospitales de II Nivel (especializados) tan sólo logran el 18% y los de tercer nivel (universitarios) el 12%.

Cifras posteriores sobre la ejecución presupuestal de los hospitales divulgadas por Salud Colombia revelan igualmente que entre 1993 y 1997 el presupuesto de los hospitales de I Nivel se ha incrementado en pesos constantes un 162%, mientras que el de los hospitales de II Nivel creció en un 92% y el presupuesto de ingresos de los hospitales de III nivel tan sólo se incrementó en un 53% en el mismo período. En el mismo lapso el Gobierno dictó incrementos salariales del 65% en pesos constantes.

Esta es la principal causa de la crisis financiera de los hospitales de II y III nivel, sumada a las limitaciones en la facturación y cobro de servicios a las aseguradoras y los problemas de eficiencia de algunas de estas instituciones.

A esta crisis de recursos de los hospitales se suma el descalabro de las EPS públicas más importantes del país, que jugaron durante cuatro años a no cumplir con las normas de compensación del Sistema y cuando finalmente se vieron obligadas no pudieron ajustar sus excesivos gastos a la Unidad de Capacitación. Igualmente fueron suspendidas dos EPS privadas por no pagar oportunamente a los hospitales.

El régimen contributivo no crece durante el año debido a la crisis económica y el desempleo. Sin embargo, la mayoría de las EPS privadas alcanzan el equilibrio operativo, aunque algunas entran en serias dificultades financieras.

En suma, la cobertura de la seguridad social en salud alcanza la mitad de la población colombiana (20 millones de habitantes). Las posibilidades de cubrir al resto de la población parecen cada día más distantes, en el régimen contributivo debido a la recesión económica y en el subsidiado por los nuevos recortes en los aportes del Gobierno debidos al ajuste fiscal.

**1999 Año de la caída de las EPS públicas.** Se debaten reformas a la Ley, presionadas por el gremio médico, hospitales y sindicatos, con algún apoyo del Gobierno. Estas pretenden acabar con la intermediación o aseguramiento especialmente en el régimen subsidiado, pero no tienen éxito.

Una serie de Foros por diversas regiones del país, proyectados para buscar consenso respecto a los ajustes que requiere la Ley, curiosamente logra el consenso, no sobre la necesidad de cambiar la Ley, sino sobre la inconveniencia de hacerlo y, en lugar de ello, sugiere mejorar el proceso de implantación y las normas reglamentarias. En este punto, una Ley que ha pasado tres gobiernos consecutivos y superado todos los ataques se constituye en una verdadera política de Estado.

El Plan de Desarrollo del Gobierno, aprobado por Ley, ordena que los Hospitales Públicos reestructuren sus plantas de personal, flexibilicen su sistema de contratación, mejoren su gestión, y adecuen los servicios que prestan para garantizar sostenibilidad y competitividad. Aquellos que no se reestructuren deberán liquidarse. Es decir, los hospitales deben reducir su planta de personal de tal forma que ajusten los gastos de cada institución a los ingresos posibles y así se garantice su sostenibilidad.

En el Régimen Subsidiado, el Gobierno reduce sustancialmente los aportes para el financiamiento, en razón de la crisis fiscal, al mismo tiempo que frena los giros a los territorios, denunciando severa corrupción en el mismo, e inexistencia de un gran número de afiliados.

La crisis financiera de los hospitales continúa agravándose y algunos de ellos se ven obligados a cerrar sus puertas temporal o definitivamente, creando una severa crisis nacional de la atención en salud que afecta severamente a buena parte de la población. El Gobierno insiste en que reduzcan el personal y los gastos para lograr el equilibrio y tan sólo aporta nuevos recursos para pagar los despidos de trabajadores.

Las EPS públicas acentúan sus crisis, aumentan sus pérdidas y su iliquidez. De esta forma, las EPS privadas (con 6.314.649 afiliados) superan al finalizar el año al Instituto de Seguros Sociales, que muestra un deterioro progresivo en sus cifras de afiliados (5.875.779) y en los resultados financieros. Se producen los primeros documentos oficiales que señalan la necesidad de una profunda reestructuración del mismo o al posible liquidación de la EPS del

ISS. Al finalizar el año las EPS privadas muestran resultados financieros francamente favorables en conjunto.

El Régimen subsidiado cierra el año con nueve millones de afiliados, que sumados a los poco más de 13 millones del contributivo y al millón de personas cubiertas por los regímenes especiales, significan una cobertura del 55% de la población.

**2000 Imposibilidad de la cobertura universal.** El Consejo Nacional de Salud, hace un reconocimiento implícito de que no se cumplirá con los propósitos de igualar los planes de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y universalizar la cobertura de la seguridad social en salud antes del año 2001, claramente establecidos en la Ley 100 de 1993.

En medio de todas estas dificultades que se dan a raíz de la reforma de salud, que sustituyó el anterior modelo «bismarckiano» de la Seguridad Social, cambiándose a un sistema dirigido por la descentralización y la privatización, se generaron una serie de estudios para evaluar las reformas del sector salud en Colombia, los cuales presento a continuación: (Jaramillo I. , 2000)

.- La reforma ha conseguido multiplicar los recursos financieros, lo cual ha permitido incrementar los recursos humanos públicos y su remuneración, así como la disponibilidad de recursos presupuestarios por parte de los hospitales y la ampliación de la cobertura de la seguridad social, incluyendo al 20% de la población más pobre, beneficiaria de subsidios a demanda.

.- El acceso y la equidad en los servicios personales de salud ha mejorado significativamente; sin embargo, se registra una caída de los indicadores de salud pública y los profesionales asumen una posición crítica frente al nuevo sistema basado en la intermediación, que favorece el incremento de los costes de transacción.

En resumen, la reforma legal, consagró el carácter de Colombia como país descentralizado, con los servicios de salud con la definición de servicios públicos, autorizó además la desmonopolización de los servicios públicos y sociales, la introducción de la competencia pública-privada y en particular eliminó el concepto clásico de «asistencia pública» para los pobres basado en subsidios a la oferta.

El proceso de reforma, no estuvo ajeno a las corrientes de pensamiento internacional. Así, el modelo de descentralización se apoya mucho en la experiencia europea, especialmente de España y Francia y la desmonopolización en la prestación de servicios públicos y sociales se inspira en gran medida en las ideas norteamericanas y chilenas, aunque fue notorio también el impacto que tuvo desde 1988 el interés de la OPS en modificar los antiguos sistemas nacionales de salud complementándolos con el desarrollo de «Sistemas Locales de Salud» los cuales invocan una descentralización mas radical.

Aunque otros autores, señalan que las reforma colombiana trató de evitar alguna de las características negativas que se habían detectado en Chile, particularmente la fragmentación por clases sociales. (Hómedes & Ugalde, 2005)

Globalmente, la cobertura de entidades públicas, de la Seguridad Social y las privadas pasaron de cubrir el 60% de la población en 1990 hasta el 90% en 1997.

La reforma a la Seguridad Social permitió modificar el grado de aseguramiento, pasando del 20% en 1990 al 57% en 1997. Gran parte del gasto en subsidios de salud se dedicó a los sectores más pobres de la población colombiana, tal como se expone en la [tabla siguiente](#).

Deciles	Población 1993	%	Población 1997	%
1	3.801.716	3,1	3.041.324	43,7
2	2.956.170	9,2	3.570.719	40,7
3	3.257.018	12,6	3.999.068	44,0
4	3.368.185	14,5	3.794.154	50,0
5	3.583.381	22,8	4.150.531	48,7
6	3.110.062	25,5	4.089.420	59,4
7	3.373.438	29,3	4.249.978	59,2
8	3.323.844	33,9	4.364.904	64,3
9	3.332.152	42,1	4.346.355	73,3
10	3.347.549	45,4	4.235.971	80,0
Total	33.453.515	23,7	39.842.424	57,2

Fuente: Reforma de la Seguridad Social en salud en Colombia y efectos sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud<sup>11</sup>.

El soporte para la expansión en la accesibilidad a los servicios y para garantizar el aseguramiento está en los nuevos recursos financieros que fluyen hacia los hospitales y hacia

la creación y desarrollo del régimen subsidiado de salud, que es financiado en un 70% con recursos descentralizados de los departamentos y municipios. Estas nuevas fuentes de recursos se han originado directamente en el proceso de descentralización y su participación en los ingresos corrientes de la nación, otras en el estímulo al esfuerzo propio de las entidades territoriales y en la reforma a la seguridad social. Así, de forma agregada, para 1988, el gasto fiscal y parafiscal de salud se situaba en cerca de 2,67 puntos del PIB y para 1997 había ascendido al 6,39% del PIB, es decir, su participación en el conjunto de la economía se había multiplicado por 2,4.

En la [tabla siguiente](#) se expone el impacto que la descentralización ha tenido en la financiación del sector, en el período 1988-1997, cuando el gasto fiscal en salud pasó desde el 1,39 del PIB en 1988 hasta llegar al 3,72 del PIB en 1997, creciendo su participación en el PIB en 2,7 veces durante 10 años.

**Tabla 2. Evolución del gasto fiscal descentralizado (1988-1997)  
como proporción del PIB**

Año	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Porcentaje PIB	1,39	1,22	1,24	1,07	1,09	1,75	2,48	3,16	3,73	3,72

Fuente: DNP; SISD, Boletín 21, pág. 53.

Desde un ángulo complementario, el aporte financiero más importante de la reforma a la seguridad social fue el crecimiento de los aportes obrero-patronales, que pasaron del 8 al 12% sobre las nóminas.

Como consecuencia del proceso de descentralización los hospitales, convertidos en un 90% en empresas sociales del Estado, han ido incrementando sus recursos financieros, por vía de la oferta o la demanda, y expandiendo su capacidad operativa. Entre 1993 y 1997, los hospitales de primer nivel incrementaron sus recursos en 2,6 veces a precios constantes de 1997; asimismo los hospitales del nivel II incrementaron sus recursos en 1,9 veces y los de nivel III en 1,5 veces<sup>13</sup>.

La Ley 10/90 propuso invertir la tendencia y conseguir la meta del 50% para el primer nivel, dado que se estima que si éste estuviera bien financiado podría resolver el 80% de los

problemas de salud. Hoy la meta está cercana, pues los hospitales locales y su red de centros y puestos de salud reciben el 43% de la financiación (tabla 4).

Tabla 4. Evolución y estructura del gasto en los hospitales (1993-1997) en millones de pesos a precios constantes de 1997

	1993	1994	1995	1996	1997	Estructura
Hospital primer nivel	325.452	461.495	660.318	749.366	853.984	42,46%
Acumulado	100,00%	141,80%	202,89%	230,25%	262,40%	
Hospital II nivel	322.484	389.476	540.620	595.670	620.701	30,86%
Acumulado	100,00%	120,77%	167,64%	184,71%	192,47%	
Hospital III nivel	348.781	350.212	463.615	529.344	536.294	26,67%
Acumulado	100,00%	100,41%	132,92%	151,77%	153,76%	
Total hospitales	996.717	1.201.183	1.664.552	1.874.380	2.010.979	100,00%
Acumulado	100,00%	120,51%	167,00%	188,06%	201,76%	

Fuente: www. Salud Colombia. com.

El CIDE de Medellín realizó un estudio en el cual encontró que entre 1987 y 1995 las transferencias del presupuesto nacional han ido contribuyendo positivamente a reducir la disparidad de los ingresos per cápita disponibles por entidad territorial, al aportarles transferencias por persona superiores a los territorios de PIB per cápita inferiores.

En 10 años la población del país creció un 30% pero la plantilla de médicos en hospitales públicos se duplicó así como las escalas salariales de los funcionarios públicos de la salud en el período 1987-1997.

Visto lo anterior, podemos encontrar opiniones encontradas en la evaluación de las reformas del sector salud en Colombia, algunos valoran los incrementos de las coberturas en el aseguramiento y en el acceso a los servicios personales de salud, ampliación soportada en el gran incremento de los recursos financieros y su impacto en la disponibilidad de nuevos recursos humanos y materiales en los hospitales.

No obstante, otros manifiestan preocupación, por los escasos resultados en materia de salud pública; al parecer, el excesivo énfasis en el aseguramiento individual y en la descentralización hicieron perder al Ministerio de Salud el norte sobre su responsabilidad central, a saber: la de mantener los programas de beneficio colectivo y salud pública.

Uno de los problemas centrales, es que el Gobierno no ha financiado la descentralización de manera equitativa, las poblaciones rurales continúan con menor cobertura que las poblaciones urbanas, en 1993, la población urbana alcanzaba una cobertura del 77% y la rural un 58%, en 1997, la brecha continuaba, 79% de la urbana con relación a un 60% de la rural. (Castaño, Arbelaez JJ, & U, 2001

Los problemas de corrupción y de irregularidades, también empezaron a ser una gran preocupación, por ejemplo, la identificación de un 30% de personas de personas que debieron haber sido clasificadas como pobre, no fueron así registradas mientras un 31% de personas fueron clasificadas como pobre y no lo eran. (González, 2000)

Una preocupación mayor ha sido la eficiencia siendo que el aumento de los costos por contratación del personal, siendo que en 1994, los costos representaban un 50% del total de los costos operativos de un hospital y en 1997, aumentaron a un 70%.

Estudios más recientes, señalan que la reforma de salud de Colombia, presenta cada vez más evidencias de que el sistema ha colapsado, las EPS y el gobierno enfrentan grandes deudas. Colombia el país que siguió de cerca las recomendaciones del Banco Mundial, a pesar de haber realizado importantes gastos en salud, mantenía un gran porcentaje de su población sin cobertura, la población más pobre continuaba teniendo dificultades para acceder a servicios como los que pagaban por él. Tampoco se contaba con información sobre los niveles de eficiencia alcanzados ni de las mejoras en la calidad del cuidado médico. La salud pública se ha deteriorado conjuntamente con la equidad que buscaba la reforma. (Hómedes & Ugalde, 2005)

En el año 2015, el Gobierno de Colombia, se ha propuesto nuevas reformas, bajo la premisa de que el futuro modelo de salud debe ser “transparente, solidario y eficiente”. En febrero de 2015, el presidente Juan Manuel Santos presentó al Congreso una ley estatutaria y otra ordinaria para reformar la prestación de ese servicio. Ambos proyectos, pretenden eliminar las Empresas Promotoras de Salud, EPS, y la creación de Salud Mía, la entidad que manejará en adelante todos los recursos. (Tarda, 2015)

El proyecto ordinario tiene 67 artículos y el estatutario 14. Aunque se conservan los regímenes contributivo y subsidiado, la reforma cambia el Plan Obligatorio de Salud, POS, por Mi Plan, que tiene como objetivo ampliar la cobertura en materia de servicios y procedimientos médicos, lo cual reduce —a través de la ley estatutaria— las tutelas de afiliados y beneficiarios. Además, garantizará la cobertura de los de los servicios médicos, procedimientos y tratamientos de patologías.

La gestión y autorización de los servicios y procedimientos clínicos estará a cargo de los Gestores de Salud (que reemplazarán a las EPS), y no podrán hacer recobros al sistema.

Por otro lado, Salud Mía, será una entidad de carácter público que administrará todos los recursos del sistema que financian los regímenes contributivo y subsidiado, operará como un organismo descentralizado y con patrimonio y autonomía independientes y se encargará de afiliar a la población, recaudar las cotizaciones, realizar los pagos, giros y transferencias a hospitales, clínicas y entidades prestadoras de servicios. También tendrá la administración de toda la información del sistema.

En las regiones, los departamentos y ciudades capitales, en cuya jurisdicción haya más de un millón de habitantes, podrán constituirse en Gestores de Servicios de Salud de manera individual, asociados entre sí o con un tercero. Esos gestores territoriales o regionales deberán cumplir los requisitos fijados en cuanto a capacidad financiera, administrativa y asistencial.

Otro elemento es que los Gestores de Salud privados, incluidos los programas de salud de las cajas de compensación familiar, deberán constituirse como sociedades anónimas. Un elemento importante, es que para tener acceso a medicina prepagada o complementaria, el usuario deberá cotizar y estar afiliado al Sistema General de Salud.

Finalmente, la Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de nuevas herramientas de carácter preventivo y correctivo para garantizar la prestación de los servicios.

En uno de los periódicos de Colombia, el Presidente Santos asegura que el propósito de la reforma es garantizar que estos recursos públicos (destinados a las EPS) se inviertan en la salud de los colombianos, y no en otras cosas.

Otros aspectos que resaltó en materia de salud son la implementación de la movilidad y la portabilidad, como también el control de precios a los medicamentos.

Las siguientes son algunas noticias recopiladas en distintos periódicos de Colombia divulgados el 15 de febrero de 2015:

A pesar del déficit de camas existente en Risaralda, la clínicas siguen cerrando sus servicios, por crisis económica, lo que preocupa a las autoridades de salud.

La situación que afronta actualmente Risaralda en el sector salud es preocupante, y es que aunque el Hospital San Jorge se ha modernizado y tiene excelentes servicios médicos para sus habitantes, y la clínica Los Rosales planea ampliarse con la construcción de una nueva torre, hay clínicas que siguen cerrando y volviendo aún más grave el déficit de camas en el departamento.

Las deudas de las EPS con los hospitales han llevado a distintas instituciones a cerrar.

En marzo del año pasado, cerró la clínica Cardiovascular del Niño, cuando la Secretaría de Salud del departamento tomó la determinación, porque dicha IPS cumplía con las exigencias y condiciones mínimas para la atención a los más de 100 usuarios que tenían de la Nueva EPS y particulares.

La última clínica que cerró sus puertas fue Cruz Verde, la cual se encuentra en proceso de disolución ante la Cámara de Comercio para así poder entrar en proceso de liquidación. La institución había notificado su cierre el pasado lunes 11 de agosto a la Secretaría de Salud Departamental y se supo que además adeudaba a sus empleados 4 meses de sueldo.

Este cierre se suma a clínicas Risaralda, del Niño y la Pío XII del Seguro Social. Lo que enrudece la situación y disminuye el número de camas hospitalarias en el departamento, sobre todo en caso de una emergencia o una tragedia.

### **Costa Rica-El Salvador y Colombia: ¿ El fin de la corriente neoliberal? Distintos caminos hacia una cobertura universal**

Las reformas de los años 90 desarrolladas en América Latina fueron más cercanas a los modelos neoliberales, su fracaso como lo ha expuesto Homedes y Ugalde, representan hoy nuevos desafíos para los Estados Latinoamericanos donde las nuevas reformas del Siglo XXI, reflejan una mayor exigencia ciudadana al Estado en la provisión de servicios individuales y colectivos, más oportunos y de mayor calidad.

Este desafío se complica, ante el nuevo perfil epidemiológico, que presiona sobre una mayor atención en el primer nivel, es decir, aquella dirigida a la promoción y prevención, diagnósticos oportunos, tratamientos y rehabilitación a enfermedades no transmisibles y otros problemas de salud, muy vinculados con modelos de desarrollo y estilos de vida de la actualidad. Al no haberse dado prioridad a este nivel, los sistemas de salud se han tenido que

enfrentar a la cura de enfermedades que demandan mayor equipo tecnológico, más profesional especializado y por ende una mejor infraestructura de servicios más costosos.

En el caso de El Salvador, llama la atención, como aún con todas las debilidades del sistema político y social en ese país, las presiones por la privatización de los centros de salud, fracasaron y aunque dichas presiones, hicieron más lento la consolidación del sistema, sirvió para el análisis nacional de los principales problemas que le aquejaban y encontrar soluciones consensuadas, proceso nada fácil, pero permitieron contar con importantes avances a manos del Estado.

En el caso de Colombia, la reforma del 93, cambió radicalmente el sistema público y realizó cambios significativos, como la descentralización y la privatización. No es negable, el éxito en los aumentos de cobertura pero sí cuestionable la calidad y la oportunidad de atención a sus usuarios, en especial para aquellas poblaciones de bajos recursos, cuyos centros de salud son los que han ido cerrando por la insostenibilidad de sus costos.

Costa Rica, un modelo único, que centraliza el seguro de salud en una sola institución, la CCSS, se debate entre la crisis financiera y el mantenimiento de los valores que la impulsaron: solidaridad y universalismo. Aunque no se puede hablar de privatización, lo cierto es que el mercado privado de la salud en Costa Rica ha venido creciendo de manera significativa, con mayor aceptación de la población en cuanto a calidad y oportunidad, aunque con un sacrificio económico en los gastos de bolsillo que este representa. Aún no se puede evaluar los seguros privados de salud, establecidos en el Tratado de Libre Comercio, pero es un indicador de lo que podrá ir sucediendo en el sector privado de la salud frente a una institución que cuenta con la garantía constitucional como la única proveedora de seguros de salud.

Colombia de manera más definida y Costa Rica de manera más lenta y menos evidente, se dirigen a sistemas mixtos de prestación de servicios, El Salvador continúa consolidando su sistema a cargo del Estado.

**Cuadro No. 5**  
**Comparación de reformas de sistemas de salud**  
**El Salvador, Colombia y Costa Rica**  
**1990-2015**

<b>El Salvador</b>	<b>Colombia</b>	<b>Costa Rica</b>
<p>La reforma propuesta en la década de los 90s pretendía eliminar un sistema fragmentado, sin vértice ni cima estratégica. Contaba con el apoyo de los organismos internacionales y del sector privado apoyado por el Gobierno de esa década. La oposición de los sindicatos fue importante para detener el proceso propuesto con matiz neoliberal.</p>	<p>La reforma de 1993 se dio ante la crisis fiscal que atravesaba el Sistema Nacional de Salud. Se implementó en 1993. Fue el país que más se acercó a las recomendaciones neoliberales de los organismos internacionales (privatización y descentralización). La reforma se dio con el apoyo del Gobierno que favorecía las recomendaciones internacionales, pese a la autonomía constitucional de la CCSS.</p>	<p>La reforma de los 90's se da con el patrocinio de organismos internacionales (Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional) bajo la premisa de que se deben contener los riesgos de la sostenibilidad financiera del sistema. Costa Rica modelo en un sistema nacional de salud, financiado en su mayoría con el aporte de todos los costarricenses mediante el pago a la CCSS de cuotas mensuales según sus ingresos.</p>
<p>La reforma fue rechazada y no es hasta el nuevo siglo que luego de conflictos y consensos crea el Ministerio de Salud y Asistencia Social que prestaría servicios a las poblaciones más pobres y el Instituto de Seguro Social Salvadoreño que mediante la aplicación de cuotas a los salarios de trabajadores (públicos y privados) se financiaba. Aunque mantiene los sistemas específicos para funcionarios de Telecomunicaciones, Magisterio y Servicio Militar.</p>	<p>La Reforma permitió la descentralización, la desmonopolización de los servicios públicos, introdujo la competencia pública-privada y eliminó el concepto de asistencia pública para los pobres.</p>	<p>Con la reforma se pretendía la contratación de servicios del sector privado y el crecimiento de operadores privados de la salud, lo cual se limitó en sus alcances dadas las presiones de los gremios y sindicatos. Se produjo además el traslado de funciones que hacía el Ministerio de Salud a la CCSS sin que el Gobierno trasladara para ello recursos. Se fortaleció el Nivel de Atención Integral (EBAIS) para evitar dualidades en el sistema. Aparecen nuevas figuras, las cooperativas a cargo de algunas clínicas y los EBAIS a cargo de universidades públicas aunque más tarde, lo asume una universidad privada. Se establecieron los compromisos de gestión en los hospitales con formas nuevas de gestión pública que los hacía competir entre sí.</p>
<p>La principal fuente de financiamiento son los aportes del Estado, la banca y la cooperación internacional, además de las cuotas de los trabajadores.</p>	<p>En el caso de la contribución subsidiada (EPS públicas es el Estado), el resto se somete a la gestión y competencia. El 90% de los hospitales se convirtieron en empresas sociales del Estado.</p>	<p>La principal fuente de financiamiento es la contribución de los trabajadores, patronos y Estado según las cargas sociales definidas.</p>
<p>En la actualidad sigue</p>	<p>En la actualidad se le critica que</p>	<p>En la actualidad, la CCSS,</p>

fortaleciendo el Sistema Nacional de Salud con un dominio estatal en el financiamiento del mismo que ha permitido ampliar la cobertura	pese a los aumentos de cobertura, no logró mejorar los resultados en salud, donde distintos centros de salud han tenido que cerrar por su insostenibilidad. Se le acusa de generar " el paseo de la muerte" una forma de reclamar las largas esperas y problemas que presenta el sistema para atender a la mayoría de su población. El Gobierno de Santos ha convocado una nueva reforma con mayor dominio estatal.	entidad principal del sistema nacional de salud, se debate entre su credibilidad y sostenibilidad financiera. Más complicado aún frente a un sector de clase media (principal contribuyente) que resuelve sus problemas de salud en el sector privado por el deficiente servicio que se brinda, sobre todo por las largas filas de espera y falta de especialistas.
--	---	---

**Cuadro No. 6**  
Comparación de dimensiones del sistema sanitario de Colombia, Costa Rica y El Salvador

<b>País</b>	<b>Provisión antes de la Reforma</b>	<b>Financiación antes de la Reforma</b>	<b>Regulación antes de la Reforma</b>	<b>Provisión después de la Reforma</b>	<b>Financiación después de la Reforma</b>	<b>Regulación después de la Reforma</b>
Colombia	Estado	Privado/Estado	Estado	Privado/Estado	Privada/Estatual/Aportes trabajadores y patrono	Estado
Costa Rica	Estado	Sociedad/Estado	Estado mínimo	Privado/Estado	Privada/Aporte patronal y trabajadores/Estado	Estado mínimo
El Salvador	Mercado	Privada/Sociedad	Estado mínimo	Estado/Mercado	Privado/Estado/Cooperación Internacional	Estado mínimo

Es importante señalar, un aspecto comparativo entre Colombia y Costa Rica, según cita Clark sobre las reformas de ambos país, en el sentido de que los actores internacionales representados por negociadores y expertos técnicos del Banco Mundial, pretendían usar el préstamo sectorial de salud para condicionar la reforma en Costa Rica, de manera que ésta incluyera la creación de aseguradoras privadas similares a las EPS colombianas, y dividir la Caja Costarricense de Seguro Social en varias instituciones para el financiamiento de la salud, la compra de los servicios y de las pensiones. Lo que fue rechazado por los negociadores, en especial del gobierno nacional, los sindicatos del sector y la sociedad civil; por lo que

predominó una reforma que, si bien impulsó la desconcentración administrativa, se enfocó a fortalecer un sistema universal de atención primaria, mediante la creación de equipos básicos de salud en todo el país, cuyo objetivo fue constituirse en centros, donde toda la población pudiera recibir atención integral. Al final, prevaleció la posición del país, defendida por todos los actores del Estado, a excepción de los gremios e instituciones privados que, junto a la Banca, exigían mayor participación del sector privado en el sistema de salud. (Clark, 2002)

Lo anterior se debe a que la defensa de los intereses sociales ha permitido que la población costarricense siga contando con un acceso casi universal a un sistema de prevención y atención de la salud adecuado; de manera que, a diferencia de lo que ocurrió en Colombia, no se presentó una distinción tan grande entre la cobertura y la calidad de los servicios de salud que reciben los distintos estratos de la población. La alta participación de la ciudadanía y la cohesión social, fueron el principal pilar que soportó y evitó la implementación de los planteamientos privatizadores empleados por la banca multilateral. (Garnier, 2006)



#### IV. ESTUDIO DE CAMPO: Resultados.

### 7. METODOLOGÍA DE TRABAJO DE CAMPO

Esta investigación toma como una de sus principales teorías, las Políticas Públicas y el Neoinstitucionalismo, asimismo, plantea una serie de hipótesis, relacionadas con la transformación del sistema de salud costarricense, el crecimiento del sector privado de la salud, la crisis financiera y los problemas de la principal institución del Sistema: la CCSS, así como debilidades del Estado Costarricense en la regulación.

En capítulos anteriores, se acudió a la descripción y análisis de la construcción histórica del sistema de salud costarricense resaltando su principal institución y cómo el sistema fue establecido para que todos los ciudadanos, sin discriminación alguna, cuente con el acceso universal a todos los servicios de salud. Es decir, el sistema de salud costarricense fue desarrollado con un sentido totalmente estatal.

Luego, con el fin de realizar una comparación de los países en América Latina, se hizo un análisis de los casos de El Salvador y Colombia, al final se comparan los antecedentes y acontecimientos principales de estos países con Costa Rica. La comparativa permitió enriquecer esta investigación desde una perspectiva de la región latinoamericana.

Siguiendo con la búsqueda de hallazgos que permitieran dar respuesta a las hipótesis planteadas, se utilizaron distintas técnicas de investigación, dirigidas a conocer la posición de los distintos actores sociales que intervienen en la política pública de la salud.

#### Información primaria y secundaria:

Los datos de interés fueron recogidos en forma directa de la realidad; en este sentido se trata de investigaciones a partir de datos originales o primarios, como la encuesta nacional y el foro participativo con distintos actores realizados por la investigadora en coordinación con el Instituto de Estudios en Población (IDESPO) de la Universidad Nacional de Costa Rica, en el marco de la presente investigación.

Dichas técnicas fueron complementadas con el análisis realizado por la investigadora, de información secundaria derivada de los diferentes estudios, informes y noticias difundidas

ampliamente en el tema de investigación. Este proceso de análisis documental fue realizado desde el inicio de la presente investigación, lo cual también coadyuvó a conocer las tendencias del sistema de salud, en especial, la resolución de problemas de la CCSS y del crecimiento del sector privado.

Las técnicas empleadas permitieron a la investigadora obtener nuevos conocimientos en el campo de la realidad social a efectos de aplicar los conocimientos con fines prácticos en la búsqueda de la contrastación de las siguientes hipótesis planteadas en la investigación y que se fundamentan en las corrientes teóricas manifiestas:

- Las fuerzas impulsoras de la globalización neoliberal, los fallos del Estado reflejados por el deterioro de los servicios de salud así como la crisis financiera de la CCSS, han favorecido el fortalecimiento del sector privado, que ha incrementado la provisión de servicios ante el aumento de los gastos de bolsillo de los ciudadanos, quienes tienden hacia una mayor preferencia por los servicios privados poniendo en riesgo los principios de solidaridad y universalidad así como la futura sostenibilidad financiera que han sostenido históricamente el sistema de seguridad social en Costa Rica.

Esta hipótesis se deriva del marco teórico de la Globalización Económica, los fallos y pérdida de lealtad del Estado de Bienestar y de los aspectos históricos de la construcción del sistema de salud en Costa Rica.

- Las políticas públicas de salud para alcanzar la eficiencia y la sostenibilidad financiera, han estado condicionadas por las distintas posiciones de los actores involucrados en el sistema de salud, coincidentes en mantener la senda de inercia institucional, pero sin avanzar en reformas regulatorias, haciendo aún más compleja la problemática de la CCSS.

Esta hipótesis se fundamenta en las teorías del neoinstitucionalismo y de las políticas públicas.

- La transformación del sistema de salud costarricense ante el crecimiento importante del sector privado, evidencia debilidades en la regulación del Estado Costarricense, lo que produce un proceso de hibridación, generando un

sistema sanitario mixto con características propias del Sistema de Seguro Social y del Sistema de libre mercado, pero sin una arquitectura de gobernanza ante la débil rectoría del Ministerio de Salud.

Esta última hipótesis se deriva del marco teórico explicado en las transformaciones del sistema de salud y su afectación a las dimensiones del mismo.

En resumen, para contrastar las hipótesis se obtiene información primaria y secundaria que se explicará a continuación. Dicha información se obtiene de los distintos actores que se consideran relevantes en las políticas públicas de salud por medio de la encuesta, foros temáticos de discusión, análisis documental y periódica para conocer la participación ciudadana, la posición institucional, sindical, internacional y la del sector privado de la salud.

Las técnicas que se describen a continuación, intentan responder:

- ¿Cuál es la preferencia de los ciudadanos hacia los servicios del sector público y privado?
- ¿Están en riesgo los principios de solidaridad y universalidad del sistema de salud costarricense?
- ¿Cuáles son los principales problemas de la CCSS?
- ¿Crece de manera significativa el sector privado de la salud?
- ¿Es sostenible la situación financiera de la CCSS?
- ¿Fue la reforma de la Salud de la década de los 90's la que provoca la situación de crisis de la CCSS o fueron otros factores que influyeron ?
- ¿Cuáles son las funciones de regulación del Estado Costarricense hacia el consumo de los ciudadanos de los servicios privados de salud?
- ¿Cuál es la posición de los actores nacionales e internacionales con relación a la situación actual del sistema de salud costarricense?

A continuación, se detallan las técnicas aplicadas según los actores considerados en este estudio, en las cuales se dio especial importancia al trabajo de campo participativo y analítico, con el fin de penetrar lo más posible en la sociedad costarricense, estudiando la

- Participación ciudadana
- Sector privado
- Movimiento sindical
- Gobierno
- Organismos internacionales.

.- Participación ciudadana:

.- Encuesta nacional: percepción de los costarricenses sobre el Estado de Bienestar garante de la salud.

Esta técnica requería de recursos y tiempo, por lo que la investigadora agradece el apoyo logístico que obtuvo del Instituto de Estudios en Población (IDESPO) de la Universidad Nacional en el desarrollo de la encuesta nacional, sin el cual hubiera sido imposible obtener los datos recopilados. Esta encuesta fue dirigida por la investigadora, siendo la información obtenida de carácter primario.

El IDESPO es la unidad académica encargada en dicha Universidad de los estudios de percepción de los ciudadanos y que cuenta con el equipo sofisticado para realizar encuestas nacionales necesarias para investigar constantemente los cambios que se dan en el entorno nacional e internacional.

La encuesta tenía como objetivo, conocer la percepción de los ciudadanos en cuanto a las demandas que requieren para seguir garantizando el derecho universal, igualitario y equitativo que dirigen las políticas de desarrollo social, como son la salud, la vivienda y el empleo, ejes temáticos claves del Estado de Bienestar Costarricense.

La encuesta dirigida a conocer la percepción de los ciudadanos en cuanto a las demandas que requieren para seguir garantizando el derecho universal, igualitario y equitativo que dirigen las políticas de desarrollo social, como son la salud, la vivienda y el empleo, ejes temáticos claves del Estado de Bienestar Costarricense.

En el tema de salud, la investigación se propuso consultar el grado de satisfacción que tenían los entrevistados en cuanto al acceso, cobertura y calidad de los servicios que el Estado

brinda en contraposición a los que brindan los establecimientos privados, así como conocer la tendencia de los gastos de bolsillo, es decir, el dinero que los ciudadanos costarricenses pagan directamente en el sector privado para financiar los servicios de salud.

Consideraciones metodológicas de la encuesta:

Población de estudio:

Todo costarricense o extranjero con dos o más años de residir en el país, mayor de edad y residente en viviendas particulares que poseen teléfono residencial.

Diseño muestra:

La encuesta fue telefónica y se aplicó a 600 personas. Este tamaño de muestra se calculó buscando obtener un error máximo de 4 puntos porcentuales, con un 95% de confianza en la mayor parte de las variables en estudio.

El tamaño de muestra se distribuyó por sexo y grupos de edad, para cumplir con una cuota que replicara la distribución de la población en esas características particulares.

Trabajo de campo:

La selección de los números de telefónicos se realizó de forma aleatoria de una base de datos que contenía todos los números telefónicos de las viviendas particulares del territorio nacional. La información fue recolectada del 21 de octubre al 4 de noviembre de 2009.

El cuestionario aplicado en la encuesta se adjunta en el capítulo de anexos.

La investigadora expuso en cada gráfica resultante de las respuestas de los ciudadanos, su análisis de los resultados para lo cual acudió a otros documentos actualizados que complementara el análisis efectuado, tal como fue el estudio realizado en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que integra el nivel de satisfacción de los ciudadanos con los servicios públicos y privados, publicados en un período nacional el primer día del año 2015.

Este informe de la OPS se considera en esta investigación, como información secundaria que complementa la información primaria recolectada en la encuesta, por la

investigadora mediante la encuesta citada con el fin de actualizar la percepción ciudadana y al ser elaborado por un organismo internacional se incluye en lo correspondiente a estos actores.

.- Diálogo Nacional para el fortalecimiento del Seguro de Salud Costarricense en el Contexto de la Salud Pública

El Diálogo Nacional fue declarado por el Gobierno de la Administración (2010-2014) de interés público, actividad desarrollada por el Ministerio de Salud en conjunto con la Caja Costarricense de Seguro Social en todo el territorio costarricense, siendo que esta investigadora participó en el diálogo desarrollado en el cantón de San Ramón de la provincia de Alajuela, el cual fue el que contó con mayor participación de ciudadanos.

El Diálogo Nacional, se implementó como una herramienta que permitiera realizar una consulta a nivel de población, para considerar las necesidades sentidas por las personas y por otro lado como un espacio para brindar oportunidades de vincular a los diferentes actores sociales.

Una de las justificaciones del diálogo, mencionadas por la Ministra de turno, Dra. Daisy Corrales, es la situación crítica experimentada por la seguridad social en el año 2011 y que los diagnósticos producidos con el fin de conocer las causas, han evidenciado retos y desafíos para la Seguridad Social de Costa Rica, siendo por tanto, importante conocer cómo ha sido la vivencia de esa crisis en el usuario directo.

Los productos esperados del Diálogo se detallan a continuación:

- a. Diálogo nacional sobre el seguro de salud en el contexto de salud pública
- b. Conjunto de alternativas prospectivas para mejorar integralmente a la CCSS a nivel nacional.
- c. Agenda estratégica priorizada para el desarrollo sostenible de la CCSS en el contexto de la salud pública.

En el Diálogo Nacional, el Ministerio de Salud se hizo acompañar por la Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Hacienda y la Organización Panamericana de la Salud y se realizaron las actividades en las siguientes comunidades:

Dicho diálogo, se dividía en ejes temáticos, sobre el cual se hará un análisis sintético al final de cada uno.

- Gobierno, Sector Privado y Sindicatos:

Foro: El Estado de Bienestar Costarricense: La transformación del sistema de salud.

Con el fin de tener una introducción capaz de reposicionar el debate incluso en sus dimensiones problemáticas, la investigadora coordinó la realización de un foro, para lo cual se recibió nuevamente el apoyo de la Universidad Nacional, cuyos resultados se consideran en esta investigación como información primaria.

El foro organizado por esta investigadora con el patrocinio del IDESPO, permitió la participación la exministra de Salud, que funge actualmente como Presidenta Ejecutiva de la CCSS, Dra. Rocío Saénz, quien se refirió a la crisis del sistema de salud y la importancia de rescatar al ciudadano como corazón del sistema. Asimismo, el expresidente ejecutivo anterior de la CCSS, Dr. Alvaro Salas, quien se refirió a la importancia histórica de la CCSS. El director de la Clínica Bíblica, Dr. Jorge Cortés, señaló la importancia de que sector salud sea abordado como un componente complementario y de apoyo a los servicios del Estado. La investigadora expuso los resultados de la encuesta anteriormente explicada con el fin de conocer la posición de los participantes y enriquecer el análisis de los resultados.

Este foro fue realizado en el marco de la presente investigación el día 22 de mayo de 2012 en la Universidad Nacional y contó con representantes del Gobierno, Sector Privado de la Salud y otros expertos en el tema de investigación de esta tesis.

El foro ofreció una visibilidad óptima de las experiencias y conocimientos aportados por los participantes en el cual se expusieron los principales desafíos de la salud en el marco del Estado de Bienestar Costarricense.

Posteriormente, realizado el foro se realizó un debate con los invitados, expertos y estudiantes que acudieron al mismo. Fue un debate valioso y abierto, en el que cada uno respetó la palabra del otro pese a encontrarse actores de distintas posiciones ideológicas.

En la organización previa del Foro, la investigadora sostuvo una reunión con los participantes con el fin de dejar claro los objetivos de la investigación, esta preparación previa

también fue interactuada por medio de correos electrónicos, todo con el fin de quedar claros en el rol de cada uno. Igualmente, se asignó a la Directora del IDESPO, Msc. María de los Ángeles Carrillo, ser la moderadora del foro.

Las invitaciones al foro se realizaron mediante documento físico y correo electrónico. .

En el momento de la apertura del foro, se presentaron a los participantes y sus contribuciones especial en el tema de la salud. El foro tuvo el control de tiempo por parte del moderador y se desarrolló por espacio de dos horas entre presentaciones y debate.

El número de participantes fue de 4 (sector privado, sector Gobierno, sector académico) y cada uno contó con un tiempo para realizar sus presentaciones en las cuales debían lanzar el debate subrayando los principales problemas y desafíos del tema de esta investigación.

.- Foros utilizados como información secundaria:

.- Foro Nacional hacia el fortalecimiento de los servicios de salud públicos y privados

La investigadora también realizó la observación de distintos foros organizados y que eran de interés para el problema estudiado. En especial, con el fin de profundizar aún más en la posición de los distintos actores en torno a la crisis de la CCSS y sobre el aumento del sector privado de la salud, para lo cual se recopilaron sus principales conclusiones que de forma resumida se explicarán en el siguiente capítulo.

En estos foros, organizados por otras personas, se logra consultar a los participantes sobre las preguntas que plantea esta investigación y sirvieron de espacios para conversar con sus principales expositores. Al final de cada foro, la investigadora analizó la información recopilada en dichos foros.

De dichos foros, se rescata en esta investigación, el Foro Nacional hacia el fortalecimiento de los servicios de salud públicos y privados, por la importancia de conocer la posición del sector privado como actor importante en la transformación del sistema de salud costarricense.

Este foro fue organizado por la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED) el día 04 de noviembre de 2013 y participaron Gerentes de centros privados hospitalarios y figuras

políticas importantes, como fue la presentación del Dr. Edgar Mohs, Ministro en la Administración de Oscar Arias (1986-1990) así como del candidato a la Presidencia de la República por el Partido Unidad Social Cristiana, en las elecciones del 2014-2018, quien también fuera en la Administración del Dr. Miguel Ángel Rodríguez, Presidente de la Caja Costarricense de Seguro Social, Dr. Rodolfo Piza Rocafort.

Asimismo, participaron en el foro representantes de hospitales, clínicas y universidades privadas.

Se expone en el capítulo siguiente los principales aspectos de cada uno de los exponentes y se resume al final lo más relevante.

Los participantes presentaron datos empíricos e informes esenciales para esta investigación como el Informe de la Comisión de Notables nombrada para enfrentar la crisis financiera de la CCSS.

.- Posición de las Organizaciones Sindicales Sobre el informe de la Comisión designada por la Casa Presidencial

En la misma línea de conocer la posición de los distintos actores, esta investigación también considera importante conocer los argumentos de las Organizaciones Sindicales sobre el informe de la Comisión designada por la Casa Presidencial y ratificada por la Junta Directiva de la CCSS, así como otros elementos que señala este actor considerado relevante por los condicionamientos que han dado a la transformación del sistema de salud.

En este foro, se logra distinguir claramente la posición formal de las Organizaciones Sindicales sobre las recomendaciones emitidas por la Comisión de Notables, cuyo resumen del documento emitido con fecha del 24 de noviembre de 2011, se adjunta en el capítulo de anexos, en el cual señalan más rechazos que posiciones favorables.

El documento es importante por realizarse en el año 2011, año en el cual explota con más fuerza la difícil situación de la principal institución encargada de la provisión (CCSS) de servicios de salud a la población.

Las organizaciones sindicales se centran en también en el informe de la Organización Panamericana de la Salud ((OPS) para analizar y proponer las serias amenazas a la CCSS, la cual denominan “la crisis de la CCSS”.

La participación de la investigadora en estos foros, fue de observadora y de interés de recopilar los datos más relevantes para la investigación, igualmente, sirvieron de espacio para realizar preguntas a los participantes.

En el siguiente capítulo se hará una síntesis de dicho foro y de posición de otros actores contra dichas posiciones sindicales.

### Organismos internacionales

Con el fin de conocer la participación de los organismos internacionales, se procede al análisis de dos documentos sustanciales elaborados por la Organización Panamericana de la Salud que permiten de manera significativa la comparación de los resultados con las hipótesis formuladas.

Estos documentos son los siguientes:

.- Informe sobre el Estado de Situación Financiera del Seguro de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social (OPS, 2011)

La Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) solicitó en abril de 2011 a la Organización Panamericana de la Salud, un informe sobre la situación financiera del Seguro de Salud en su condición actual y proyectada para cada año hasta el 2015.

La CCSS justificó la solicitud de dicho informe, aduciendo que en la actual coyuntura económica mundial y nacional, la CCSS ha experimentado los efectos de la crisis en sus finanzas derivados del comportamiento del nivel de empleo y de los salarios en la economía, dado que su principal fuente de financiamiento es la contribución tripartita (Patronos-Estado-Trabajadores), por ello consideró oportuno y conveniente, contar con la opinión de un grupo experto externo a la Institución, que brinde un criterio sobre el estado de situación financiera.

Este documento se considera información secundaria de alto impacto para esta investigación, ya que se considera la principal alerta que se dio de la crisis de la CCSS, por eso se analizará de manera detallada.

.- Cinco estudios acerca del seguro social de salud de Costa Rica (OPS, Cinco estudios acerca del seguro social de salud de Costa Rica, 2013)

Luego del informe sobre el estado de la situación financiera del seguro social de salud de la CCSS, realizado por la OPS/OMS, en el año 2011, la Junta Directiva del Seguro Social, solicitaron nuevamente cooperación a la OPS/OMS, con el fin de contar con la asesoría en cinco estudios sobre: (a) los factores asociados a los ingresos y recaudaciones de la institución, (b) las inversiones en infraestructura futuras, (c) buenas prácticas de gestión y tendencias y perspectivas de la institución.

Igualmente, se considera este informe como información secundaria de gran aporte a la investigación.

.- Crecimiento del sector privado y de los gastos de bolsillo de los ciudadanos para la atención de la salud:

Con el fin de comprobar la hipótesis sobre el crecimiento del mercado de la salud, se procedió al análisis documental, provisto por entidades competentes en sus estudios como en datos proporcionados por los principales medios de información con relación al mercado privado de la salud.

Se estudiaron documentos y estadísticas oficiales así como otros datos proporcionados por los periódicos de mayor circulación nacional con el fin de conocer las tendencias del sector privado de la salud.

El análisis de lecturas de expertos, noticias y periódicos se ha difundido en distintos puntos de esta investigación.

Se explicará en el siguiente capítulo, el análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito de describirlos y entender su naturaleza y factores constituyentes del cambio que ha vivido el sistema de salud costarricense, resumiendo al final, un cuadro comparativo sobre las posiciones de los distintos actores analizados.



## 8. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Costa Rica cuenta con una Constitución Política y un marco jurídico muy sólido que refuerza y posibilita el desarrollo del sistema nacional de salud. En dicho sistema sobresale, la institución denominada Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), a la cual, a partir de 1990 se le han ido trasladando todas las competencias en la materia, desde la prevención hasta la rehabilitación, y desde el primer nivel al tercero.

Asimismo, la Ley General de Salud y Ley Orgánica del Ministerio de Salud, ambas de 1973, señalan que la salud es un derecho humano esencial que debe ser ampliamente tutelado por el Estado, siendo competencia del Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud, velar por la salud de la población. En ese sentido, dichas leyes, define que le corresponde a este Ministerio la definición de la política nacional de salud así como la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país. De esta forma, el Decreto Ejecutivo No. 34510-S, señala que es este Ministerio, el ente rector de la salud.

Otras leyes establecen los derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, como es la Ley No. 8239 del 2002.

Para cumplir con su misión de prestar servicios de salud a los diferentes grupos de la población nacional, la CCSS se ha organizado como una red nacional de servicios de salud, compuesta por tres niveles de atención y siete regiones programáticas.

La unidad representativa del primer nivel de atención son los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), que tienen presencia prácticamente en todo el territorio nacional, son la base del Sistema Nacional de Salud, y existen más de 1.000 EBAIS existentes que se agrupan en 103 Áreas de Salud.

En un segundo nivel se ofertan servicios de consulta especializada, internamiento y tratamiento quirúrgico de las especialidades básicas de la medicina. Este nivel está integrado por 10 clínicas mayores, 13 hospitales periféricos y 7 hospitales regionales. Este nivel tiene por objeto apoyar al primer nivel, mediante la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación con un grado variable de complejidad y especialidad. La cobertura de este nivel, se extiende a una porción importante del territorio nacional.

El tercer nivel proporciona atención especializada a través de 3 hospitales nacionales generales (Hospital Calderón Guardia, Hospital San Juan de Dios y Hospital México), y 5 hospitales nacionales especializados en las siguientes áreas: niñez, gerontología, mujer, rehabilitación y psiquiatría. Estos hospitales constituyen el punto más alto de la pirámide de servicios de salud y se encuentran localizados en el Área Metropolitana de San José.

Además, las Juntas de Salud, existen para promover la participación de patronos, organizaciones sociales y usuarios, en el mejoramiento continuo de los servicios de salud que se ofrecen a la población, así como a la rendición de cuentas a sus representados y autoridades institucionales competentes, sobre la gestión realizada.

Otro aspecto relevante, es que los gobiernos locales no tienen competencia en materia de salud ni en la coordinación institucional de sus jurisdicciones.

Pese a estos avances, durante los últimos años, ha existido un cuestionamiento sobre la calidad y productividad de los servicios, así como la existencia de un conjunto de factores internos y externos que han afectado la situación financiera de la institución, lo anterior se expresa en la insatisfacción acerca de la calidad de las prestaciones de servicios de salud, las listas de espera y la falta de una real integración de la red de servicios. Esto llevó a que en el año 2013, la Junta Directiva de la CCSS, suspendiera la desconcentración a los hospitales, volviendo al sistema regular.

Todos estos elementos, han generado desde el año 2011, un debate a nivel nacional y una política de generación de documentos y artículos sobre este tema, que hace visualizar la diferencia de criterios técnicos, políticos y financieros de los distintos actores de la sociedad costarricense.

En este sentido, resaltan dos documentos que fueron producto de un acuerdo de la Junta Directiva de CCSS y la solicitud expresa de la Organización Panamericana de la Salud y el segundo realizado por una Comisión de Notables, nombrada por la Presidencia de la República.

En dichos informes queda claro que el tema de la sostenibilidad financiera se considera la "punta del iceberg" de problemas de tipo sistémico y estructurales que incluyen

el modelo de atención, el modelo de gestión de recursos humanos, la gestión tecnológica, la recaudación y la gestión financiera entre otros.

Si bien es cierto, el modelo de seguridad social desarrollado en Costa Rica ha sido exitoso por más de 70 años, en la actualidad, se visualizan problemáticas serias de gestión y sostenibilidad financiera que abre el debate sobre el futuro del seguro de salud en este país.

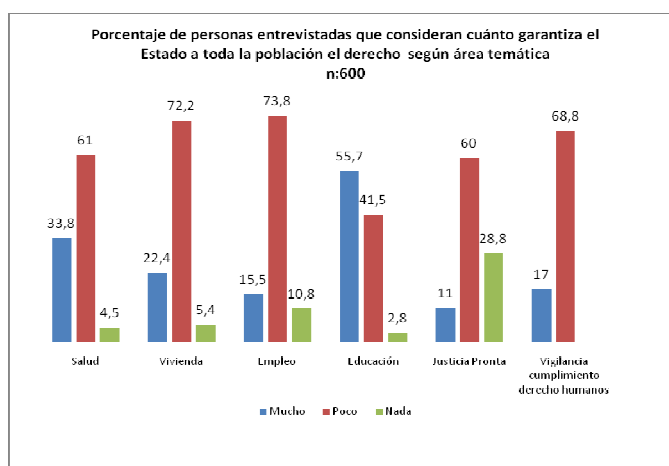
A continuación se describen los principales hallazgos resultantes de las técnicas empleadas:

### 1. Encuesta nacional: percepción de los costarricenses sobre el Estado de Bienestar garante de la salud.

#### Resultados de la encuesta

En ese sentido, ante la consulta general realizada en la encuesta, sobre si el Estado brinda la garantía al derecho a la salud, ha llamado la atención que aunque en el contexto de América Latina, Costa Rica ha sobresalido por los avances en materia de salud, la percepción de los costarricenses no refleja dicha situación, pues más del 60 % ha opinado que el Estado Costarricense garantiza poco el derecho a la salud a toda la población.

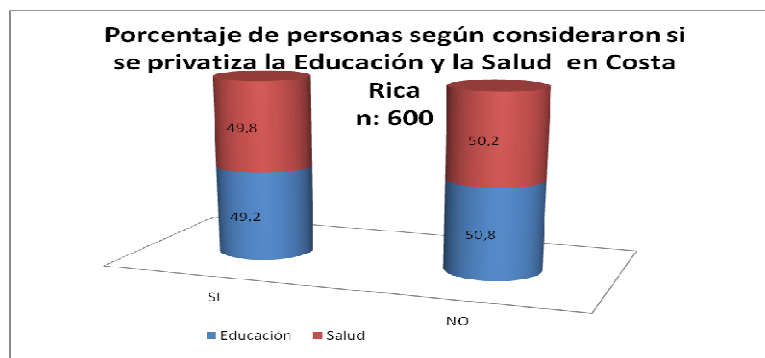
Gráfica No. 1



Fuente: IDESPO-UNA (2009)

Posteriormente y como se puede reflejar en la siguiente gráfica, se consulta a los ciudadanos (a), si consideraban que los servicios de Salud se estaban privatizando, al respecto, el 50% consideró que sí se estaban privatizando, el otro 50% consideró que no.

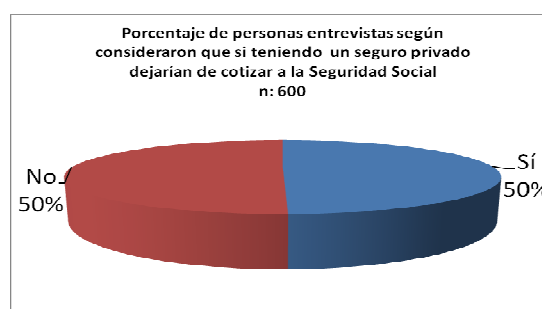
Gráfica No. 2



Fuente: IDESPO-UNA (2009)

Lo anterior, es congruente con otra pregunta realizada en el mismo sentido, sobre cuál sería la posición de los costarricenses si ante la posibilidad de obtener un seguro privado que le garantice los servicios de salud dejarían de cotizar al sistema de seguridad social. La respuesta a esta interrogante, fue dividida claramente en dos partes, un 50% de los entrevistados señalaron que dejarían de cotizar y otro 50% que consideró que prefieren seguir cotizando. Esto se puede observar en la Gráfica siguiente.

Gráfica No. 3



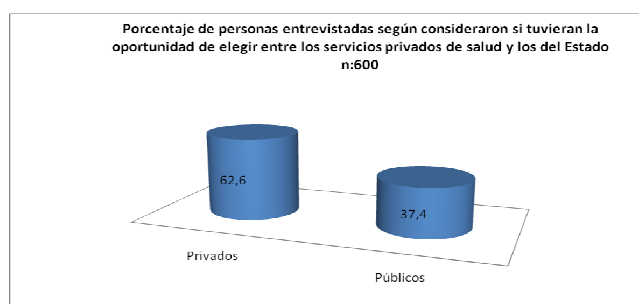
Fuente: IDESPO-UNA (2009)

Este 50% es preocupante, si se relaciona con el aumento del gasto de bolsillo (dinero que los ciudadanos pagan directamente en el sector privado para financiar los servicios de salud), que en Costa Rica aunque no ha llegado aún a ser categorizado como gasto

catastrófico, si ha reflejado en los últimos años una tendencia hacia la alza importante con sus efectos en los hogares, amén de un crecimiento de la mercantilización de los servicios de salud en distintas modalidades: laboratorios, hospitales, clínicas, consultorios médicos.

Y es que lo anterior resulta más preocupante cuando en el análisis de los resultados de la encuesta, se observan datos de insatisfacción de los ciudadanos (as), en cuanto al acceso, cobertura y calidad de los servicios que el Estado brinda en contraposición a los que brindan los establecimientos privados, en este sentido la preferencia por el servicio privado de la salud, fue de más del 60% de las personas entrevistadas contra un 37% que prefería los servicios públicos de salud.

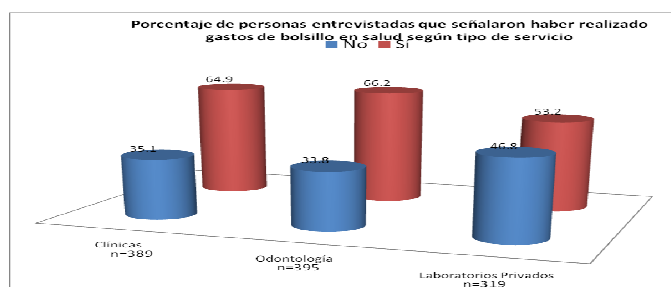
Gráfica No. 4



Fuente: IDESPO-UNA (2009)

Asimismo, cuándo se consultó a las personas entrevistadas si habían realizado gastos de bolsillo en servicios de salud, más del 65% contestó de manera afirmativa, tanto en servicios de clínicas (consultas generales), como en servicios odontológicos. Más del 50% señaló haber realizado gastos de bolsillo en servicios de laboratorio.

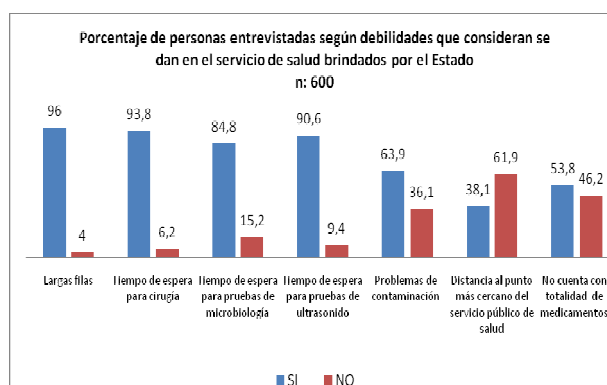
Gráfica No. 5



Fuente: IDESPO-UNA (2009)

El principal motivo que aducen los entrevistados en haber realizado gastos de bolsillo obedece a la mejor atención, calidad y rapidez de los servicios que ofrecen los establecimientos privados de salud, según así opinaron casi el 40% de los encuestados. Lo anterior es coincidente con las consultas realizadas en la encuesta sobre las principales debilidades de los servicios del Estado, las cuales se resumen en el “largo tiempo de espera” en filas, en la atención médica y de laboratorios, incluyendo cirugías y pruebas de microbiología. Estas debilidades fueron compartidas por más del 90% de las personas entrevistadas. Más de 65%, también consideró una debilidad del Estado, los problemas de contaminación que se han registrado en los establecimientos del Estado, principalmente hospitales públicos.

Gráfica No. 6



Fuente: IDESPO-UNA (2009)

En la gráfica anterior, resalta que la distancia para llegar a la clínica del Estado más cercana, no es considerada una debilidad, según así lo consideraron más del 60% de los entrevistados, lo que puede ser uno de los motivos por los cuales se mantienen positivos algunas respuestas dadas hacia los servicios públicos de salud. Lo anterior, es coherente con las respuestas dadas en más del 70% de las personas entrevistadas que indicaron que tanto la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud, han logrado ampliar la cobertura y los servicios de salud en el país.

Grafica No. 7



Fuente: IDESPO-UNA (2009)

De los resultados de la encuesta se puede desprender las siguientes conclusiones:

- Los retos del sistema de salud se resumen en: a) el deterioro en los servicios públicos de salud con una opinión fuertemente negativa de la población y b) la creciente demanda de los ciudadanos en el mercado privado de la salud que se está generando en los últimos años en Costa Rica, con una regulación e inspección mínima por parte del Ministerio de Salud.
- Como parte del serio problema de desigualdad económica y social que se está produciendo en el país desde la crisis de los 80's, se une la ampliación de la brecha en el acceso, calidad y cobertura de servicios, es decir, crece la demanda en Costa Rica en el mercado privado de la salud dada la eficiencia y flexibilidad que este sector ha demostrado en la absorción de tecnologías de atención médica y de servicio al usuario, a quienes lógicamente tendrán acceso los que cuentan con recursos para realizarlo.
- Posiblemente el gasto per cápita de salud en Costa Rica, sea mayor, por cuanto la obligación de cotizar al Régimen de Seguridad Social no les cubre los "gastos de bolsillo" que los ciudadanos erogan en el mercado privado por cubrir necesidades de Salud. Esto es una preocupación que sin duda requiere más investigación al respecto.
- Se observa en el análisis del Estado de Bienestar Costarricense una línea difusa que transita entre la mercantilización de servicios fundamentales como la Salud ante un deterioro en los servicios públicos.

- La mayoría de los entrevistados considera que el Estado ha garantizado poco el derecho al bienestar general, visto en especial desde los temas del derecho a un empleo, a una vivienda y a la vigilancia de los derechos humanos, cuyo porcentaje de respuesta fue apenas un poco mayor al obtenido en el derecho a la salud y la justicia pronta.
- La opinión de los entrevistados, claramente dividida en cuanto a si servicios característicos de un Estado de Bienestar, como son la educación y la salud se están privatizando, ofrece la necesidad de abrir el debate desde distintas instancias con el fin de ofrecer mayores elementos a la discusión. El 50% opinó que sí se están privatizando la salud y la educación, el otro 50% consideró que no.
- Se revalidan otros estudios referentes al aumento significativo de los gastos de bolsillo por parte de los ciudadanos en la contratación de servicios privados de salud, en especial medicina general y odontología.
- La clara tendencia del aumento de la utilización de los establecimientos privados de salud, está altamente vinculado a la insatisfacción de los entrevistados con los servicios del Estado. Es decir, las debilidades que consideran por parte del Estado como proveedor de servicios de salud, resumidas según la opinión recogida, en la mala calidad de estos, reflejado en altos tiempos de espera, desde las colas hasta obtener el acceso a especialistas y cirujías. Unido a los problemas de contaminación, considerada una debilidad por más del 65% de los entrevistados.
- Lo anterior, puede ser visto también desde la opinión que los entrevistados han citado en cuanto al por qué prefieren el sector privado, donde los factores más frecuentemente citados están ligados a la calidad del servicio, flexibilidad de horarios, acceso a especialistas, rapidez de atención, en temas de medicina general y odontología. En el caso de laboratorios, aunque con menor porcentaje de utilización, pueden comprobarse también la captación de nuevas tecnologías por parte del sector privado para irse adaptando a las necesidades de los clientes.

- Si bien es cierto, existe una respuesta favorable a favor del Estado en cuanto a la cobertura y ampliación de servicios brindados por la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud, hay que valorar que quizá el reto más importante para las nuevas autoridades no será tanto en el aumento de las clínicas públicas, sino más bien el mejoramiento de la calidad de servicio y atención de las actualmente existentes, factor que preocupa altamente a los entrevistados dado el gasto de bolsillo que ejecutan en el sector privado y paralelamente cotizan en el régimen de seguridad social.
- La situación actual descrita relacionada a un aumento de los gastos de bolsillo paralelo a una opinión satisfactoria en cuanto a la calidad de los servicios brindados por los establecimientos privados de salud, puede ser un factor que derive en la respuesta dividida a la pregunta realizada si estaría de acuerdo en dejar de cotizar la seguridad social y en su lugar optar por un servicio privado. Sin duda más investigación y más debate se abre en este importante tema que deberá preocupar a las nuevas autoridades, sobre todo en cumplimiento al principio de solidaridad nacional que cita la Constitución Política de Costa Rica.

Ahora bien, es importante conocer si esta percepción de los costarricenses, se mantiene o si ha variado, en ese sentido, vale el reciente estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que publicó como titular principal el periódico costarricense La Nación el primer día del año 2015 y que indica: (Avalos, 2015)

“ Si bien el modelo solidario es fundamental en la forma como se ha estructurado el seguro de salud, también es cierto que algunos grupos suelen sentirse afectados por su funcionamiento” (Avalos, 2015)

El informe de la OPS, llama al grupo de estos ciudadanos insatisfechos “*resentidos con el sistema*” que se sienten afectados por el funcionamiento del seguro de salud, al cotizar al régimen pero nunca utilizan los servicios debido a la existencia de extensas listas de espera o la calidad de la infraestructura. La OPS advierte que los “resentidos del sistema” podrán optar por moverse a un régimen donde contribuyan menos.

Y es que el estudio refleja que entre 1 y 2 millones de asegurados estarían insatisfechos con los servicios de la CCSS, pues como se indicó, pagan el seguro de salud para atender los riesgos de enfermedad y maternidad y que incluso pueden pasar años contribuyendo sin utilizar los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y sin embargo, cuando necesitan ver a un médico, hacerse un examen o una operación, se convierten en víctimas de las listas de espera en los hospitales para ser atendidos y la cantidad de trámites pedidos.

Señala el informe de la OPS, que aunque el aporte al régimen de estos ciudadanos se basa en uno de los principios de la CCSS, la solidaridad (sus cuotas sirven para pagar la atención de otros enfermos), ellos esperan una mejor retribución.

En contraste con el informe de la OPS, la Presidente Ejecutiva de la CCSS, estimó que los asegurados insatisfechos con los servicios públicos de salud rondarían entre un 20% y un 40% del total: entre uno y dos millones.

Y es que desde noviembre de 2013, la OPS advirtió a la CCSS sobre el riesgo de que estos asegurados se salgan del sistema público, afectando con eso su sostenibilidad, de por sí debilitada por la falta de nuevas fuentes de ingresos, recomendando: “ *Sería recomendable contemplar una política especial de atracción y permanencia dentro del sistema*”

Dicha recomendación ha sido acogida por la Presidencia Ejecutiva de la CCSS, reconociendo que el problema señalado por la OPS constituye uno de los mayores desafíos de la institución para los próximos años señalando “ *Es un reto que todavía no hemos dibujado claramente. Hemos estado hablando sobre la posibilidad de encuestas nacionales de salud que tienen que ver con la evaluación de los usuarios. Esperaríamos tener una propuesta pronto para tomar acciones*”.

Otro aspecto importante que respalda al informe de la CCSS, es el que señala el Gerente Financiero de la institución, al indicar que los contribuyentes de altos ingresos acuden más a la CCSS para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas y de alto costo, como el cáncer y las enfermedades cardíacas.

Igualmente, señaló dicha Gerencia, que en tanto se logre reducir la lista de espera de especialidades o los plazos para un tratamiento o cirugía, los asegurados pueden percibir una mejor relación entre los aportes y beneficios potenciales de su condición de aseguramiento.

De igual forma, la Gerencia Médica, aseguró que se trabaja en readecuar el modelo de prestación de servicios para cumplir con las expectativas de los pacientes, indica que eso significa “empatar la demanda con la oferta”. (Avalos, 2015)

Algunos datos que provocan el malestar ciudadano han sido señalados así:

- Hay un total de 118.000 personas esperando una operación. De ellas, 93.000 tienen plazos superiores a 90 días.
- La principal lista de espera está en ultrasonidos, así como en tomografías y mamografías.
- 160.000 asegurados aguardan su primera cita con un médico especialista, siendo las especialidades más críticas: ortopedia, oftalmología y otorrinolaringología.
- Sólo en el 2013, la CCSS recibió 2.100 quejas en SUS Contralorías de Servicio, siendo el principal motivo de queja, el maltrato (más de 700 quejas).

En todo este contexto de insatisfacción ciudadana, esta investigación complementa los resultados de la encuesta con el criterio del experto Dr. Juan Jaramillo, Ex ministro de Salud y que ha realizado muchos estudios sobre la transformación del sistema de salud.

Las conclusiones del Dr. Jaramillo, años después de realizada la encuesta, se mantienen en la misma línea de lo analizado por la investigadora.

Por ejemplo, el Dr. Jaramillo señala que los asegurados de clase media y alta, ejercerán presión para que les permita escoger entre la atención médica de la CCSS, ya sea de medicina general o especializada y los nuevos seguros privados, y así poder escoger a su médico, clínico u hospital privado, según su adscripción a este tipo de seguro médico privado donde al pagar la prima requerida, adquirirían este derecho. (Jaramillo J. , La crisis en el seguro social de Costa Rica, 2013)

Agrega además que ante las fallas de servicios de la CCSS, habrá un momento en que esos asegurados comiencen a cuestionarse por la obligatoriedad, que por ley tienen todos los trabajadores ( se incluye a los patronos) de contribuir al seguro de salud en proporción a sus ingresos sin tope alguno sobre el salario que se tenga y sin poder recibir de parte de los servicios de la CCSS un rápido y buen tratamiento.

Señala que nada raro sería que las empresas de seguros privados logren acuerdos con grupos de especialistas en cuanto a ponerles una tarifa más baja que la rige en el mercado, lo cual tendría beneficio para ese sector de la población, lo cual podría ser atractivo para las campañas políticas. (Jaramillo, 2013)

Pero hay otro elemento más importante aún que señala el experto Dr. Jaramillo, quien señala que para la década del 2000, el deterioro de los servicios médicos de la CCSS era tal que las citas se habían disparado de muchos meses a años, poniéndose en peligro la salud y hasta la vida de los pacientes por agravamiento de sus dolencias. Debido a eso, la población de medianos y hasta de bajos recursos, haciendo un enorme esfuerzo económico, comenzó a utilizar no sólo los tres hospitales privados principales, sino otros más ya existentes o nuevos, así como las consultas privadas de los especialistas médicos; que tuvieron un crecimiento desmesurado tanto en cantidad de pacientes como en ingresos económicos.

Concluye, que se ha podido apreciar como con los años y a mayor deterioro de los servicios médicos de la CCSS, se crea un mayor uso de los privados, al extremo de que la infraestructura privada haya tenido que crecer para poder atender la demanda de sus servicios, pues ya la oferta privada resulta insuficiente.

#### **.- Diálogo Nacional para el fortalecimiento del Seguro de Salud Costarricense en el Contexto de la Salud Pública (Salud, 2014)**

Como se indicó anteriormente, la discusión sobre la crisis del Seguro de Salud, ha abierto múltiples espacios, tanto académicos como institucionales, para el debate de la crisis que atraviesa. El Ministerio de Salud, en ese contexto, ha abarcado también el clamor de la población brindando un ambiente propicio de participación ciudadana en la toma de decisiones que promuevan la potencialidad del seguro de salud para lo cual llevó a cabo de

manera sistemática y con un documento resultante de todos los foros realizados con ciudadanos en todo el territorio nacional.

Los principales temas de preocupación nacional que se abordaron en dicho diálogo fueron:

- Sostenibilidad Financiera de la seguridad social
- Gestión de los Recursos Humanos de la Salud
- Modelo de organizaciones y gestión del seguro de salud
- Modelo de atención de la salud a las personas
- Determinantes de salud.

A continuación se presenta un análisis sintético de la posición ciudadana que se extrae del documento final del Diálogo:

- Las sugerencias de los usuarios se centran en todo el sistema de salud, con claro énfasis en la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención (promoción y prevención), poner énfasis en la atención primaria, así como la importancia de atender la salud mental.
- Asimismo, es notorio el énfasis que los ciudadanos demandan respecto a la calidad humana de la atención y al enfoque integral de la salud como un derecho.
- Los ciudadanos reclaman mayor comunicación, información y educación son necesarias para lograr un cambio de conducta que requiere el auto cuidado de la salud, lo cual podría permitir disminuir las consultas en el primer nivel de atención. En ese sentido, consideran que deben fortalecerse políticas de promoción de estilos de vida saludables por lo que se demandan recursos, espacios e infraestructura para el deporte y la recreación. Este punto es clave dada las enfermedades no transmisibles, cuya atención, presionan con mayor impacto sobre el sistema de salud y en los índices de esperanza de vida.

- Los ciudadanos consideran relevante lograr una participación efectiva en la toma de decisiones y acciones que realizan en las instituciones del Estado, con un enfoque de corresponsabilidad social del usuario y derecho a la salud. Lo anterior deja en duda la efectividad que han tenido las Juntas de Salud como espacio de participación ciudadana en las políticas públicas de Salud.
- Los ciudadanos han considerado que las Municipalidades sean ser líderes de los procesos de cambio para lograr un empoderamiento real y seguimiento de acciones en la articulación institucional en cada territorio.
- Sobre la calidad y oportunidad de atención, es coincidente el diálogo con los otros estudios de satisfacción, pues en el Diálogo, señalaron constantemente, que esperan un servicio oportuno y puntual, con calidad y calidez en el trato al usuario, el cual debe ser equitativo con prioridad en las personas más vulnerables.
- Con relación al punto anterior, demandan un mayor número de médicos especialistas en sus zonas de residencia, para ahorrar tiempo, costos y gastos, además del desgaste emocional de las personas que se trasladan grandes distancias con un estado de salud deteriorado.
- Reclaman mejorar la eficiencia y la calidad del servicio para lo cual consideran importante fiscalizar el servicio de la salud, mediante encuestas y preguntas directa a los usuarios.
- En el tema de la sostenibilidad financiera, esta investigación recalca la siguiente pregunta elaborada a los ciudadanos: ¿Cómo pueden los usuarios mejorar los ingresos de salud, con qué medios o mecanismos, y qué pueden hacer para reducir los gastos del seguro de salud?

A dicha pregunta, se rescatan las respuestas más importantes:

- Supervisión de la recaudación y control de la morosidad.
- El principio de solidaridad y la salud como derecho humano, son ejes orientadores de las decisiones de sostenibilidad financiera, dentro de lo cual consideran que debe darse una educación en el uso de los servicios de salud.

- La optimización del uso de los recursos mediante el control y adecuación de los horarios así como de los procesos de compra de bienes y servicios, en especial de medicamentos.
- Demandan que la CCSS compre equipo que realmente se necesite y la cantidad que se ocupe de acuerdo a cada clínica o EBAIS, ya que consideran la inversión prioritaria en el primer nivel de atención es una acción esencial para lograr una sostenibilidad financiera.
- El punto anterior es clave para esta investigación, pues el llamado de los ciudadanos encuentra su razón en la importancia de la prevención y promoción de la salud como contención de las enfermedades y esto a la vez en la reducción de costos de atención. Agregaría también, la importancia de que recobraría la legitimidad de los servicios de salud que se alcanzó tiempo atrás cuando el Ministerio de Salud contaba con una infraestructura suficiente para dar estos servicios en todo el país, servicios que fueron debilitados a partir de la Reforma de 1990.
- Los ciudadanos considera que el Estado debe aportar los recursos retenidos para invertirlo en hospitales regionales modernos y de fácil acceso así como pagar la deuda con la CCSS. Esto demuestra, el nivel de conocimiento de los ciudadanos sobre la situación financiera de la salud.
- Consideran los ciudadanos, importante fortalecer la coordinación y articulación entre el Ministerio de Salud y la CCSS y evitar la duplicidad de funciones, lo cual también refleja el impacto que ha tenido la débil rectoría del Ministerio.
- Consideran que cuotas obrero-patronales no deberían ser estandarizadas, deberían adecuarse en grupos especiales, tales como poblaciones indígenas o personas con bajos ingresos. Este punto es importante, pues refleja la búsqueda de otras opciones más flexibles hacia las poblaciones más vulnerables, lo que sin duda, mantiene los principios de solidaridad que impulsaron el seguro de salud costarricense.

Un resumen total del Diálogo Nacional, se ha ubicado en el capítulo de anexos.

## **2. Foros realizados.**

Sin duda alguna, el tema de la crisis de la seguridad social con sus repercusiones negativas en las políticas públicas de Salud con impacto directo en la población, representa quizá el principal debate en Costa Rica, lo que ha abierto diferentes espacios, promovidos por universidades, públicas o privadas, así como los colegios profesionales de distintas ramas y de las mismas organizaciones sindicales para abrir la discusión con expertos en la materia en distintos foros.

Es así que precisamente, la investigadora de esta tesis, participó activamente en distintos foros académicos donde participaron actores importantes, tanto del sector público, como privado y organizaciones sindicales, quienes en dichos espacios lograron discutir y concluir sobre la problemática de los servicios del Estado en materia de salud y las propuestas y tendencias que se consideran relevantes para enfrentar una crisis ya de años.

### **.- Foro No. 1 El Estado de Bienestar Costarricense: La transformación del sistema de salud.**

.- Dra. Rocío Sáenz: Ex Ministra de Salud y Presidente actual de la CCSS (Administración 2014-2018)

Una de las principales exponentes fue la Dra. Rocío Sáenz, Ex – ministra de Salud y actual Presidente ejecutiva de la CCSS quien expuso la normativa creada para la universalidad de los seguros y sobre la salud considerada como derecho humano y que con fundamento en dicha normativa el seguro de la salud en Costa Rica, ofrece servicios de una forma comprensiva e implícitos no hay discriminación según tipo de aseguramiento y cada asegurado cotiza para una atención de salud integral como derecho indivisible.

Como aspecto relevante, se refiere a los pagos de bolsillo y de los seguros y del gasto catastrófico, indicando que de los gastos de bolsillo un 80% está relacionado con la compra de medicamentos y consultas médicas, en tanto un 7% a exámenes de laboratorios y otros procedimientos.

En cuanto a la participación ciudadana, se refiere a las Juntas de salud, que provienen de la Ley de desconcentración de los hospitales y clínicas de la CCSS (1998) y que tiene como objetivo promover la participación ciudadana en los procesos de toma de decisiones en

donde se encuentran (emitir criterios), señala, sin embargo, que las Juntas no tienen autoridad y sólo pueden sugerir y, eventualmente, reclamar.

Recalca que la queja común de los ciudadanos, son los retrasos en la atención y tiempos espera y/o por medicamentos excluidos de la LOM.

Considera que la CCSS tiene los siguientes retos:

- Transición epidemiológica
- Ausencia de datos del sector privado en la prestación de servicios médicos
- Sustentabilidad financiera del sistema a largo plazo
- Consecuencia de decisiones administrativas.
- Cambios en el perfil laboral del país donde un 12,2% de la población no está asegurada
- Rasgos de inequidad en la universalización geográfica de los servicios
- Concentración de inversiones en nivel hospitalario
- Los argumentos eficientistas vs la equidad en salud
- La delimitación del paquete de servicios como instrumento de racionalidad: delimita la oferta de servicios públicos, y con ello clarificar los límites de mercado entre el sector público y privado.

Una de las preocupaciones expuestas por la Dra. Sáenz, trata sobre como las largas listas de espera podrían traer como consecuencia la deslealtad al sistema, ya que según estimaciones del 2004 “si el 18% de los cotizantes con los salarios más altos se retiran del seguro de salud, los recursos de la institución se reducirían en un 48%”

Considera sumamente importante lograr la participación social de impacto, para lo cual deberá reformarse el reglamento y competencias de las Juntas de Salud, así como brindar la mayor cantidad de información en salud disponible y crear nuevas formas de participación

de la población, tales como las redes sociales y espacios para la comunicación de riesgos globales.

- Dr. Jorge Cortés: Director Médico de la Clínica Bíblica (el más importante centro privado de la salud):

Señala , los mitos del sector privado de la salud:

- Beneficia a unos pocos
- Es un negocio de los Hospitales privados
- Existe un complot para desaparecer a la seguridad social
- Transferencia “perversa” de demanda al sector privado

Realidades:

- 30% de las personas de la GAM acceden a los servicios privados de salud (600.000)
- 35% del uso de los servicios se da en consultorios particulares
- Mercado de seguros no crece, 300 camas en total, ausencia de personal
- Ausencia de agilidad de gestión
- El sector privado de la salud contribuye al sistema nacional de salud, sin embargo, no ha sido tomado en consideración en la definición de las políticas. Este sector, si bien es cierto está conformado por hospitales y consultorios pero también laboratorios, compañías farmacéuticas y universidades.
- Debe más bien preguntarse si el sector privado está resolviendo barreras de entrada a la CCSS.
- Considera que la privatización, es la transferencia de activos del sector público al privado en término de gestión, finanzas y control. Implica también reducción de la influencia gubernamental en la función de regulación, siendo que en

América Latina, se ha dado la participación privada como alternativa para desmonopolizar prestación de servicios de salud.

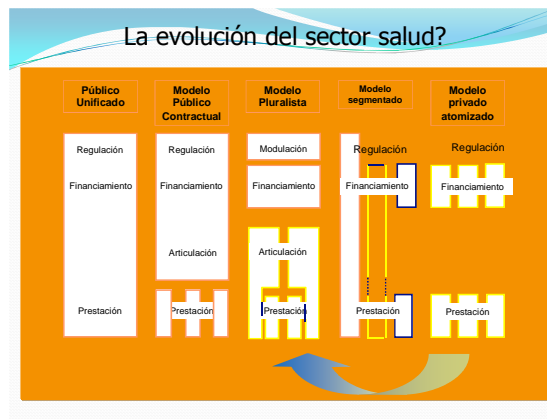
En cuanto a la coexistencia de la colaboración pública-privada, considera que deberá tenerse presente:

- Depende del modelo país que queramos definir
- Funciones inherentes al Estado: Regulación, financiamiento y provisión
- Jamás el Estado debe renunciar a la tutela de los derechos ni a las políticas de salud
- Nuestro modelo solidario es un derecho y bien social que por generaciones forma parte del ser nacional
- Pareciera que el rol del sector privado se orienta a la provisión de servicios
- Rol clave del Ministerio de salud
- Inclusión social
- Participación democrática
- Equidad de oportunidades

Deben existir reglas y garantía de cumplimiento donde la regulación, evaluación y prestación de servicios a los pacientes sean el norte del Ministerio de Salud.

Es necesaria una regulación sobre las tareas y obligaciones del ministerio, de las instancias reguladoras y de los mecanismos de evaluación y supervisión así como las sanciones por incumplimientos.

El Dr. Cortés, resumen en la siguiente gráfica, la evolución de un sistema de salud público unificado a uno pluralista con financiación y provisión privada importante.



## Foro No. 2: Foro Nacional hacia el fortalecimiento de los servicios de salud públicos y privados

Dr. Édgar Mohs, Ex Ministro de Salud (1986-1990) y Ex Director del Hospital Nacional de Niños:

- Destacó el peso que ya tiene la salud privada en el país, pues acapara el 30% de toda la atención a nivel nacional y da empleo a 5.000 médicos.
- Asimismo, señaló que en el año 2011, la CCSS dio 10 millones de citas en consulta externa, mientras que en los centros privados se gestionaron 8 millones. Asimismo, señaló, que del total de la población nacional, solo un 20% acude a la consulta privada, un 40% va a la Caja, y el otro 40% hace una combinación de ambos servicios, incluyendo los llamados ‘biombos’ (pagar por brincarse las listas).

El Dr. Mohs también señala las siguientes deficiencias de la CCSS:

- El costo de estas deficiencias es de muchos miles de millones de colones por año:
- Trato deshumanizado a los pacientes.
- Múltiples trámites en persona.
- Largas filas para obtener una cita desde la madrugada en clínicas periféricas y EBAIS.

- Citas a largo plazo para especialidades.
- Citas a largo plazo para cirugía y procedimientos.
- Citas que se suspenden por incapacidades del personal, huelgas y paros.
- Resultados de biopsias y Papanicolaou que se pierde no reportan muy tarde.
- Hospitalización es prolongadas innecesarias.
- No se conoce en cada centro cual es la morbilidad y mortalidad para cada enfermedad ahí tratada ni se le da esta información al paciente.
- El personal desconoce el costo de cada acto médico.

Dentro de las propuestas que señala el Dr. Mohs, indica las siguientes:

- Desarrollar un sistema mixto (público- privado), debido a las deficiencias actuales para mejorar la calidad de la atención y la sostenibilidad de los servicios.
- Fortalecer la atención primaria con médicos de familia y coordinar sus labores con el personal del Ministerio de Salud en un plazo de 4 años.
- Transformar Hospitales Nacionales en Centros Médicos y los Regionales en Hospitales Docentes y formar los especialistas necesarios en un plazo de 4 a 10 años.
- Implementar vasto plan de prevención de enfermedades crónicas, obesidad, enfermedades mentales y envejecimiento.
- Reducir las listas de espera, en promedio, a menos de tres meses en dos años.
- Estimular las pólizas de gastos médicos, la medicina de empresa, la medicina mixta y extender la administración de clínicas y EBAIS a cooperativas, solidarismo y grupos privados.

Dr. Rodolfo Piza, Ex Presidente de la Caja y candidato a la Presidencia de la República en las elecciones del 2014 por el Partido Unidad Social Cristiana:

- Reconoce los indicadores de salud pero aclaró que, desde hace diez años, el país está estancado.
- Considera que la colaboración del sector médico privado a la Caja estaría enfocada en que los contratos que surjan sean bajo los parámetros públicos y sin discriminación entre las poblaciones que se verían beneficiadas y teniendo presente una relación costo-beneficio siempre a favor de la Caja.

Considera la colaboración pública privada en salud desde varias perspectivas:

- Jurídicamente, posible, tanto por la Ley Constitutiva de la CCSS como criterios emitidos por la Procuraduría General de la República.
- Desde lo económico, resalta la relación costo-beneficio y desde lo político, informa que existe un rechazo sindical y político a la compra de servicios

Propone distintas modalidades de cooperación:

- Compra de servicios de salud (Concesión de Servicios Públicos)
- Venta de servicios (INS, aseguradoras, usuarios), lo cual reduciría los costos de la CCSS
- Considera la medicina mixta, al permitir al ciudadano, contratar directamente, por su cuenta y riesgo, los servicios ambulatorios o médicos, en el ejercicio privado de estos, y derecho de recibir servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento, según normativa institucional para eso se fundamenta en el Reglamento del Sistema Mixto de Atención Integral
- Medicina de Empresa

.- Dr. Jorge Cortés: Director Médico de la Clínica Bíblica (el más importante centro privado de la salud):

- Se quejó de la “satanización de la medicina privada”: *“Más bien (las clínicas y hospitales privados) somos los más interesados en el fortalecimiento de la Caja y la búsqueda de fórmulas para trabajar en conjunto”*.
- El sector privado, apoya al sector público, nótese que la Caja tiene otros servicios tercerizados, como son los 45 EBAIS que se encuentran al este de la capital a cargo de universidades privadas así como las clínicas en manos de varias cooperativas. (Se explicará más adelante este punto).
- Reitera en este foro, que más de un millón y medio de personas acuden al sector privado y que más de 640 mil personas acuden a las empresas privadas contratadas por la CCSS (cooperativas y ASEMECO).
- Vuelve a recalcar, que en Costa Rica existe un desconocimiento de la actividad del sector privado en salud, desconocimiento que origina una minimización del impacto positivo del sector privado en la corresponsabilidad de la salud.
- Dicha responsabilidad e impacto positivo del sector privado puede observarse en la creación de universidades privadas en el campo de la salud, laboratorios, casas farmacéuticas, consultorios odontológicos, hospitales y centros privados y el turismo médico.

Señala los siguientes como los errores graves cometidos en la CCSS:

- Se confundió universalización con estatización y los buenos indicadores de salud con buena atención médica.
- Se confundió una amplia cobertura con calidad.
- Creer que el modelo que nos permitió combatir con éxito diarreas, neumonías y prevenibles con vacunación sería el mismo que nos permitirá combatir enfermedades cardiovasculares, cáncer, obesidad, diabetes, violencias y enfermedades mentales.

- Creer que con los mismos ingresos de la Caja para atender enfermedades infecciosas se podía atender enfermedades crónicas y una población envejecida.
- La tendencia en todas partes, desde hace unos 25 años es desarrollar sistemas mixtos que se complementen porque el costo de la atención médica crece en forma incesante.
- La corrupción desde las altas esferas y no controlar la morosidad ni la evasión.
- Creer que tenemos uno de los mejores sistemas de atención médica del mundo.
- Establecer “16 salarios” por año -Aguinaldo -Salario Escolar-Pago bisemanal - Incapacidades pagadas 100%.
- Disminuir el rendimiento mediante la posibilidad existente en el sector público de no marcar tarjeta de ingreso y salida, así como las vacaciones profilácticas que provoca:
  - Cuatro pacientes por hora en lugar de seis
  - Carrusel en las listas de espera
  - Enorme permisividad para consagrar abusos
  - 40 horas semanales en lugar de 44
  - Todo esto sin monitorear la productividad

.- Cooperativas de Salud:

En este foro, participaron también representantes de las cooperativas de salud, de lo expuesto se resume:

En la década de los años 80 se abre en nuestro país una coyuntura particular de redefiniciones en cuanto al modelo de desarrollo, a la luz de las profundas modificaciones internas y en la dinámica internacional.

Ligado a lo anterior, aclara que el surgimiento del cooperativismo en el sector salud, coincide con los procesos de transformación de la sociedad costarricense, que en la década de los ochenta se enmarca en los programas de ajuste estructural.

Es en la administración Arias (1986-1990) donde se produce en el Sector Salud la primera experiencia de cooperativismo en salud, constituyéndose Coopesalud R.L. (1987) que administra el Área de Salud de Pavas. Posteriormente surge Coopesain R.L.(1989) para administrar el Área de Salud de Tibás, Coopesana R.L.(1993) en Santana y finalmente Coopesiba R.L. (1998) en Barba de Heredia.

Resaltaron el crecimiento del sector privado en los últimos años.

Explican que el modelo cooperativo de salud se fundamenta en tres marcos conceptuales que interactúan para brindarle a la población objetivo, servicios de salud promocionales y asistenciales con calidad, calidez, eficiencia, eficacia y de forma continua y oportuna.

### **Foro No. 3: Foro sindical: Posición de las Organizaciones Sindicales Sobre el informe de la Comisión designada por la Casa Presidencial y ratificada por la Junta Directiva de la CCSS (Salud O. s., 2011)**

Las organizaciones reclaman que tanto la prensa, como la Casa Presidencial, se han afanado en definir las causas de esa supuesta crisis en “los privilegios” de los trabajadores, especialmente del gremio médico, y en la corrupción e incapacidad de los altos funcionarios.

Señalan además que el informe de la Comisión se ubica con comodidad en ese contexto y de manera superficial trata los problemas de la institución, soslayando la responsabilidad política de quienes han dirigido el Poder Ejecutivo, y Presidentes Ejecutivos de la CCSS, máximos jefes y responsables de los principales problemas de la institución.

Las organizaciones sindicales aceptan que los responsables de actos de corrupción, de negligencia y de prevaricato deben ser sancionados pero que deberá el análisis atender con seriedad, por lo que no se podrá evadir que el modelo de intervención política y administrativa, por parte del Poder Ejecutivo, ha provocado graves daños a la institución y que por tanto ese modelo debe ser erradicado.

Un aspecto principal que expone la posición sindical, es la política neoliberal, auspiciada por organismos internacionales y respaldada en el país por sectores políticos fácilmente reconocibles, política que en lo referente a las instituciones públicas impulsa la privatización con el propósito de convertirlas en actividades lucrativas.

A la luz de esas políticas y tomando en cuenta lo que ha sucedido en el mundo, en América Latina, y de manera particular en Costa Rica, sería ingenuo no admitir que detrás de la “crisis de la CCSS”, existe una estrategia: transformar la atención de la salud en un negocio.

Varias líneas de análisis conducen a reafirmar lo dicho en el párrafo anterior, entre ellas destacamos:

- La orientación que se le ha dado a la CCSS en el sentido de concentrarse en los problemas de la enfermedad desatendiendo lo relacionado con la salud preventiva. El negocio está en la enfermedad no en la salud.
- El fortalecimiento de los privilegios en materia de propiedad intelectual de los medicamentos patentados, incluidos dentro del TLC.
- La apertura a la competencia de los seguros solidarios: riesgos de trabajo (tema que se encuentra sometido a consideraciones de inconstitucionalidad ante la Sala IV ) y seguros obligatorios de vehículos.
- Además debe tomarse en consideración que las empresas aseguradoras están vinculadas a los servicios privados de atención médica.
- La negativa reiterada del Poder Ejecutivo de cumplir con la Constitución y las leyes para garantizar a la CCSS los pagos oportunos, a efecto de garantizar la atención universal de toda la población, y además las crecientes responsabilidades asignadas a la CCSS en materia de salubridad pública, tales como la vacunación general.
- La designación de Presidentes Ejecutivos con la clara misión de politizar a la CCSS y de impedirle un funcionamiento de alto nivel técnico como corresponde a una institución tan compleja y de tan altas responsabilidades.

Dentro del contexto descrito, las organizaciones sindicales consideran que el informe de la Comisión, es un instrumento más para confundir la opinión del pueblo costarricense y por tanto un paso más en la estrategia de profundizar la crisis de la CCSS y llevarla a su destrucción.

Consideran que más bien, a los setenta años de existencia de la CCSS, el crecimiento de la población, los cambios económicos y sociales, los problemas para promover la salud, el cambio en el tipo de enfermedades y los conocimientos, novedosas tecnologías y medicamentos, el tamaño mismo de la Institución, han hecho surgir problemas de difícil solución, pero esos problemas solo se agravarán mientras siga prevaleciendo la improvisación y la corrupción política.

La Caja tiene problemas administrativos que debe ser atendidos pero el principal problema que enfrenta la institución es de carácter político.

Por eso, no creen conveniente, concentrar los problemas de la CCSS, únicamente, por el tema de las filas de espera, de las colas en los EBAIS, de las disponibilidades o las horas extras de los médicos. Por lo contrario, la discusión debe empezar y concentrarse en los problemas fundamentales, solo así se pueden establecer las condiciones necesarias para empezar a resolver los problemas derivados y estar en capacidad de hacer frente a los nuevos conflictos que con toda seguridad irán surgiendo.

Se resumen a continuación, lo que las organizaciones sindicales consideran como problemas fundamentales:

- La injerencia política
- El modelo financiero
- La ausencia de planificación estratégica.
- El fortalecimiento de la atención preventiva

Tomando en consideración estos problemas fundamentales explicados, el movimiento sindical brinda las siguientes recomendaciones:

- Someter a la Asamblea Legislativa un proyecto para una reforma única a la ley constitutiva de la CCSS eliminando la Presidencia Ejecutiva
- Solicitar a la Junta Directiva de la CCSS:
  - a) Asuma la responsabilidad de enviar al Poder Ejecutivo, el monto de los déficits que acumula la Institución a efecto de que se incluyan en el Presupuesto Nacional.
  - b) Exija, de manera pública, al Poder Ejecutivo, que pague todas las deudas del Estado y ordene a todas las instituciones del sector Público pagar de manera puntual todas sus obligaciones con la CCSS
  - c) Ordene de manera urgente un estudio de la demanda nacional en materia de salud, a efecto de contar en un plazo de seis meses, con una definición seria de las necesidades nacionales y por ende de los recursos requeridos por la CCSS.
  - d) Solicitar a todos los sectores sociales y de manera particular al movimiento sindical no dejarse confundir y concentrar el análisis de los problemas de la CCSS y de los esfuerzos organizativos para su defensa de los problemas fundamentales planteados.

En el capítulo de anexos se adjunta el análisis del grupo sindical al informe de la Comisión designada por la Casa Presidencial en aquellas recomendaciones de interés de esta investigación.

Ahora bien, de lo analizado, se observa que la posición sindical, es contundente en su posición frente a la privatización de los servicios de salud, pues han reiterado, en distintos foros y documentos que existe un marcado deseo neoliberal en privatizar la CCSS, iniciativa que se originó a partir de los Programas de Ajuste Estructura (PAES).

Asimismo, la posición sindical señala que la comisión de notables que investigó la crisis de la CCSS, debe ser rechazada por concluir que los problemas son de gestión y de las personas originados por la injerencia política, vista principalmente, en la forma en que el Gobierno puede nombrar al Presidente Ejecutivo.

No se observó en la posición sindical, propuestas de mejora para los problemas de largas listas de espera y de la calidad de atención, labor que deja a cargo de la CCSS, señalando únicamente un plazo para que se cumpla. Aspecto que llama la atención, pues los sindicatos están formados por los mismos empleados del Sector Salud.

#### **.- Informe de los Notables: Otra posición en el análisis de sus recomendaciones**

El movimiento sindical, como se señaló, deja clara su posición de total rechazo a las recomendaciones emitidas por la Comisión de Notables nombrada según los hallazgos señalados por el Informe de la OPS, del año 2011.

Ahora bien, para esta investigación, es relevante conocer cuáles fueron las acciones que la CCSS ha realizado para cumplir con las recomendaciones que estaban dirigidas a mejorar la economía de esta institución.

Algunos datos se toman del informe elaborado por el Dr. Juan Jaramillo. (Jaramillo, 2013).

- Se han atendido el 62% de las 81 recomendaciones hechas por los Notables para enfrentar la crisis económica y administrativa.
- Para ello indica que se renovaron las gerencias, con el fin de lograr una mayor eficacia y coordinación entre las gerencias y racionalización de gastos.
- Se congelaron las plazas vacantes y no se autorizan nuevas contrataciones en el 2012 y se cambiaron las guardias médicas por disponibilidad.
- Se modificó el pago de las cesantías, de las incapacidades y las remuneraciones originadas por el personal de la CCSS, se redujo el pago de alquileres para áreas administrativas. Igualmente, la CCSS anunció un plan de movilidad laboral voluntaria para reducir personal inicialmente en el área administrativa.
- En el año 2011, la CCSS incorporó 136.872 nuevos trabajadores a su base contributiva, lo que generó ingresos por 13.861 millones de colones.
- La cobertura de la población trabajadora pasó de 66,6 a 68% y se indica que la CCSS está cobrando a muchos patronos privados morosos y además aprobó la implementación del Expediente Digital.

- La CCSS se ha preparado para la apertura del mercado de seguros y autorizó únicamente un 2% en el presupuesto total para infraestructura y equipos.
- Informa que la CCSS espera tener al final del año 2012, un superávit de unos 35.000 millones.

Sin embargo, en contraste con lo expuesto por el Dr. Jaramillo, se ha analizado lo expuesto por la Contraloría General de la República, órgano que puntualizó, en el mes de agosto de 2012, un lento avance de la CCSS para salir de la crisis, ya que a la fecha, la entidad no había cumplido con las recomendaciones de los Notables, indicando que 60 de las 81 recomendaciones de las cosas que deberían cambiarse para mejorar, apenas están en desarrollo de las soluciones técnicas, 28 medidas fueron presentadas al Junta Directiva y tres desestimadas por resultar inviables. (Ruiz, 2012)

La Contraloría General de la República contradice lo expuesto por la CCSS, ya que señala que en primer semestre del 2012, los gastos de la CCSS crecieron un 2.8% más que los ingresos, manifiesta además la Contraloría General, que la CCSS sigue teniendo problemas de liquidez. La CCSS recaudó un 54,6% del total de ingresos presupuestados para el año, esto gracias, al aporte del Gobierno, pero, aún así, los egresos crecen más que los ingresos. No obstante, a principios del año 2013, la CCSS afirmó que cerraron sin déficit el año 2012.

#### **.- Informe sobre el Estado de Situación Financiera del Seguro de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social (OPS, 2011)**

Este informe generó un cuestionamiento del por qué la CCSS acude a un ente externo y de carácter internacional para contar con dicho informe, contando con toda una estructura financiera y contable en la institución así como muchos consultores externos expertos en materia de análisis financieros pese a que en el acuerdo tomado por la Junta Directiva, de manera contradictoria, señala tener confianza en el grupo económico de que trabaja el tema financiero en la CCSS.

Otro aspecto importante, es que dicho informe, se constituirá en el detonante principal de alerta roja al país, sobre la delicada situación financiera de la CCSS y se convertirá en un insumo importante para la formulación de las nuevas políticas públicas de salud y poder comprender mejor la situación que atraviesa financieramente la institución y que proyecta una

serie de riesgos en la sostenibilidad del seguro de salud y por ende la prestación de servicios de salud del Estado.

La OPS introduce su informe, recalcando los indicadores sociales de Costa Rica, los cuales indica, son similares a los exhibidos por los países desarrollados o de altos ingresos, pertenece al grupo de países con más alta esperanza de vida al nacer y la Mortalidad Infantil es una de las más bajas de América Latina.

Igualmente, señala la importancia de las mejoras registradas en otros determinantes de la salud (alta alfabetización de la población, sustancial progreso en las condiciones físicas de las viviendas, acceso casi universal a servicios de agua potable, etc.).

Dentro de los elementos distintivos que señala la OPS en su informe, es el avance mostrado en la organización y funcionamiento de un sistema de salud altamente integrado, donde el sub-sector de seguridad social, representado por el Seguro de Salud de la CCSS, tiene la responsabilidad asignada por mandato constitucional de proporcionar bajo los principios de universalidad, solidaridad e igualdad, los bienes y servicios que se requieran para cubrir las necesidades de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de todos los habitantes del país.

La OPS señala en su informe la contribución de los resultados de su informe en la formulación de las políticas que se orienten a dar sostenibilidad financiera a la CCSS, preservando los principios rectores del sistema en cuanto a garantizar el derecho a la salud y la cobertura universal.

Se resume a continuación los principales elementos de análisis que condujeron a la OPS a proponer distintos escenarios:

- El sistema de salud costarricense se ha caracterizado por una oferta sumamente amplia, que en la práctica, se ha ido extendiendo a causa de las obligaciones impuestas por los fallos de la Sala Constitucional, y tendrá tarde o temprano, que adoptar una serie de medidas en materia de financiamiento o restricción de prestaciones, con el objetivo de asegurar su sostenibilidad en el tiempo.
- En ese sentido, considera además que hay factores como la reducción relativa del empleo público y privado; la informalidad y precarización del empleo, las nuevas

formas de empleo y otros, hacen necesario responder a algunas preguntas claves, como ¿ es factible continuar con un seguro de amplísima cobertura con un modelo de financiamiento basado esencialmente en contribuciones salariales? ¿con qué alternativas se cuenta para incorporar en el financiamiento del Seguro a grupos de difícil inclusión (inmigrantes, trabajadores informales, trabajadores independientes de poca capacidad de contribución).

- Otro elemento que considera son los cambios previstos en la estructura demográfica y en los patrones epidemiológicos, que plantean un reto para la sostenibilidad económica del sistema de salud costarricense.

El informe de la OPS sobre la situación financiera, muestra claramente que los gastos en términos reales han crecido de manera continua, acompañados simultáneamente por incrementos (aunque menores) en los ingresos.

Otro elemento importante para esta investigación, se refiere al análisis que realiza el informe de la OPS, sobre la distribución de las contribuciones a la seguridad social, en la cual se determina que los dos quintiles de más altos ingresos, aportan la mayor proporción del total, y son estos, individuos quienes tienen la tasa de utilización de los servicios públicos de salud más bajos, particularmente respecto a los servicios ambulatorios.

Si bien es cierto que esto permite que se dé el impacto redistributivo de recursos entre los ricos y los pobres del país, también genera una cierta insatisfacción pues, en algunos casos ellos perciben que no existe una relación apropiada entre los recursos que aportan y los beneficios que reciben.

Esta percepción, también señalada en la encuesta anterior, puede traducirse en una sensación de “pérdida de legitimidad” del Seguro de Salud que podría a futuro, significar una movilización de estos grupos de más altos ingresos para impulsar reformas en el seguro, tales como topes máximos de contribución, exenciones fiscales, libre elección médica.

El informe de la OPS, señala que las nuevas opciones que podrían buscar los asegurados insatisfechos, podrían estar inducidas además por un “síndrome aspiracional” impulsado por el desarrollo de mercados de seguros privados y por otro lado, perder generar pérdida de

demanda por servicios de mejor calidad, más oportunos y eficientes a los administradores del seguro social.

Otro punto de actualidad, es la aparición de nuevas tecnologías ligadas al consumo, que en el caso de la salud, hace pensar que la medicina puede resolver todos los problemas. Una visión que transforma el cuidado de la salud en una industria con expansión de los mercados de servicios, seguros, medicamentos y otros insumos, y los derechos ciudadanos en derechos del consumidor, que cada persona resuelve como un conflicto de interés individual.

Lo anterior, lleva a la OPS a plantearse una pregunta muy importante: ¿se requerirán aumentos futuros en el nivel de financiamiento para sostener un sistema de salud de igual o superior calidad que el actual? En ese sentido, la OPS considera que es posible e indispensable que en los próximos años, el sistema público de salud costarricense, deba avanzar en una nueva estructura de financiamiento, que trate de conciliar la universalidad del acceso de los servicios con la suficiencia de recursos para la sostenibilidad del Seguro de Salud.

Sobre dicha problemática, la OPS propone financiar el primer nivel de atención por medio de impuestos generales, asegurando así la protección de toda la población y el segundo y tercer nivel que se financie del Seguro de Salud aprovechando la solidaridad que caracteriza el sistema. Con la aplicación de impuestos generales, se evitaría la elevación de las tasas de contribución salarial, de las cuales indica, son las más altas de América Latina y el Caribe.

Concluye la OPS, sobre la plena convicción de la necesidad de preservar un modelo de protección social en salud, que más allá de las necesidades de ajustes técnicos, representa un modelo para el conjunto de países de la Región de las Américas, en términos de alcance de su cobertura, la protección financiera de sus habitantes y la condición de solidaridad, que constituyen a la vez, un patrimonio de cohesión social costarricense por lo que espera que su informe contribuya a la formulación de políticas que se orienten a dar sostenibilidad financiera a la CCSS, preservando los principios rectores del sistema en cuanto a garantizar el derecho a la salud y a la cobertura universal.

En ese sentido, la OPS señala que si bien a primera vista la delicada situación financiera de la CCSS podría hacer suponer que la solución se encontraría por la vía de los ingresos (incrementando la prima de las contribuciones), el Informe muestra que la persistencia de

distorsiones en la estructura de costos y en el crecimiento desordenado de alguno de sus componentes, ocasionaría que el desequilibrio se manifieste nuevamente en un futuro cercano.

A continuación los principales indicadores y estados financieros de la CCSS durante el período 2005-2010 que permite identificar los siguientes aspectos financieros:

- Los indicadores de liquidez, solvencia y rentabilidad muestran un proceso paralelo de deterioro de la situación de liquidez, que afecta la capacidad inmediata de la Caja de cumplir con sus obligaciones de corto plazo, acompañado de un aumento de los niveles de endeudamiento de corto y largo plazo en relación al patrimonio y una restringida capacidad de ahorro.
- Los estados financieros, que son la base sobre la que se elaboran los indicadores financieros, corroboran la existencia de un desequilibrio financiero importante, reflejado en un aumento importante del pasivo y una disminución del activo corriente
- El Estado de Ingresos y Egresos muestra que la Caja registró pérdidas de operación, específicamente en los años 2007 y 2010. La partida de gastos, se encuentran concentradas principalmente en Servicios Personales que explican el 58% del total de egresos en el año 2010.
- El análisis desde el punto de vista de la ejecución presupuestaria hasta el 2010 muestra un incremento de los gastos totales por encima al de los ingresos. El gasto de inversión, representó en el período un 5,1% del total del gasto y experimentó un crecimiento de 29%, nivel por sobre el promedio del gasto total.
- El gasto en remuneraciones se explica tanto por un aumento en el número de plazas como por el crecimiento de los salarios nominales y reales. El total de número de plazas creció en 5,3% en promedio (de 37.295 a 48.251) y en 29,4% en el acumulado 2006-2010, seis de cada diez colones fueron asignados al gasto en planilla aunque a partir del 2010 pareciera que la tendencia parece revertirse, la OPS recomienda que se debe nivelar el gasto de remuneraciones como estaba antes del año 2008.
- Un hecho relevante es que el financiamiento fiscal a la CCSS se vio limitado debido al impacto de la crisis financiera. Esta desaceleración del crecimiento afectaría

negativamente el comportamiento de las variables de ingresos y gastos proyectadas en el escenario base.

- La OPS recomienda un conjunto de medidas de política, tanto endógena como exógena. Las tres primeras medidas (endógenas), incluyen: congelamiento del gasto real en horas extraordinarias, disponibilidades médicas y guardias médicas. A esto se le añade el congelamiento del número total de plazas en 2012. Como medidas exógenas, se asume que el Estado empieza a aportar mediante una prima calculada actuarialmente, por el total de la población bajo la línea de pobreza y se iguala la cuota contributiva de los trabajadores independientes, convenios especiales y aportes voluntarios a la que se paga por los asegurados por los Asegurados por cuenta del Estado.

La OPS advierte sobre el posible impacto en la situación financiera de la CCSS del financiamiento de proyectos de inversión que se encuentran en proceso de negociación con el Banco Mundial y que no se encuentra considerado como supuesto dentro de las proyecciones. El préstamo presentaría dos retos: el impacto de las necesidades de generación de efectivo tanto del flujo del repago de la deuda como de los gastos recurrentes generados por la nueva infraestructura a financiar y desarrollar.

Y es a la luz de la información analizada por al OPS, este organismo, concluye que el panorama financiero de la CCSS en los años recientes puede ser considerado delicado y en proceso de deterioro, siendo el problema de liquidez señalado como el más urgente de abordar en la medida en que atañe al corto plazo y por las consecuencias que pueden preverse a la luz de cualquier escenario de proyección al mediano plazo.

La reforma fiscal que inyecte ingresos al Seguro de Salud, aunque positivo, no pareciera que vaya a resolver todos los problemas que enfrenta la CCSS, ya que no se considera importante dicho impacto en la problemática de la CCSS, además, la reforma fiscal y la propuesta de medidas de control del gasto, supone consensos sociales y políticos (diálogo-negociación y concertación) entre todos los sectores involucrados, donde visualicen los riesgos que el comportamiento inercial conlleva.

Finalmente, la OPS, considera que en ese proceso de concertación social y político, todos los actores deben considerar los beneficios involucrados en la sostenibilidad financiera de la CCSS y cuyos aportes constituirán un valioso aporte para las futuras generaciones.

**.- Cinco estudios acerca del seguro social de salud de Costa Rica (OPS, Cinco estudios acerca del seguro social de salud de Costa Rica, 2013)**

Sobre este informe, en esta investigación, se dará énfasis al análisis y rediseño del modelo de financiamiento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) que amplía el informe del 2011 al centrarse en valorar las tendencias de largo plazo.

El informe retoma las características del sistema financiero imperante en el Seguro de Salud de la CCSS, el cual está definido bajo un esquema contributivo de carácter obligatorio para todos los trabajadores, el cual en algunos casos se manifiesta bajo una figura tripartida- patrones, trabajadores y Estado- y en otros con un carácter bipartido – trabajadores y Estado- como lo es en el caso de trabajadores independientes y asegurados voluntarios.

Esto se traduce que el sistema de financiamiento del Seguro de Salud, se sustenta en ingresos corrientes y los ingresos de capital, particularmente en ingresos por cuotas de los asegurados obligatorios en un año o período específico guarda una estrecha relación con las condiciones imperantes en el mercado laboral, tanto en la capacidad de éste para generar nuevos empleos, como para ampliar las remuneraciones que los trabajadores perciben.

La OPS, considera que el modelo de financiamiento del Seguro de Salud en Costa Rica genera retos y desafíos asociados a aspectos como:

- Las características y condiciones de trabajo informal
- Persistencia del empleo informal
- Techo de recaudación de fuentes contributivas
- Nuevas formas de contratación laboral
- Relación marginal decreciente de las cotizaciones adicionales
- Patrón demográfico y epidemiológico

- Diversificación de las fuentes de ingreso
- Modernización del sistema de planificación y los mecanismos de pago

.-Principales resultados del informe:

Los ingresos contributivos han venido perdiendo fuerza dentro del total de ingresos: Para el período 2006-2012, el aporte de las contribuciones a la seguridad social, principal rubro de la estructura de ingresos del Seguro de Salud, era cinco puntos porcentuales menos que entre 1992-1998. En ese contexto, la OPS, identifica tres estrategias que se han activado para compensar la desaceleración en los ingresos contributivos. La primera es por medio del incremento de las transferencias que el Sector Público hace al seguro de salud, principalmente, por los pagos a atención de indigentes y el pago que el Estado mantiene con el seguro de salud.

La segunda estrategia ha focalizado esfuerzos en la recuperación de préstamos. Esta alternativa parecer ser una de las que más fuerza toma cuando los ingresos corrientes en su totalidad se desaceleran. Este crecimiento estaba influenciado por la venta de títulos valores como pago de la Deuda del Estado y a partir del 2011 se registra como transferencia del Gobierno Central a solicitud de la Contraloría General de la República.

La tercera estrategia ha sido mediante el uso de recursos de vigencias anteriores (superávit libre y específico).

Uno de los aspectos que han llamado la atención de este informe, es la conclusión que hace la OPS sobre la tasa de crecimiento real promedio de los ingresos, la cual indica está acompañada por un nivel de inestabilidad relativamente elevado. Asimismo, señala que desde una perspectiva de gestión, este fenómeno podría indicar que existe una reacción de "reacción y acomodo" a las circunstancias por las que atraviesan las contribuciones. Es decir, cuando la recaudación se desacelera o las mismas caen por debajo de un valor proyectado, se activa una estrategia complementaria de generación de fondos (recuperación de préstamos, ventas de bienes y servicios, etc.) que permiten alcanzar la meta global de ingresos. La fuerte volatilidad experimentada por estos rubros, es pues, el resultado de una política de reacción que se podría estar debilitando cuando las contribuciones se recuperan.

Entre el 2007 y 2011, la CCSS experimentó déficits financieros en cuatro de los cinco años, siendo entonces que los saldos financieros, usualmente positivos, han tendido a debilitarse con el tiempo.

Un aspecto importante que resalta el informe de la OPS, son el alto costo de los medicamentos, originados por sentencias de la Sala Constitucional.

Asimismo, pese a que la tasa de hospitalizaciones ha disminuido, los servicios de apoyo y medicamentos aumentan de forma vertiginosa, lo cual podría originarse a cierto grado de desconfianza hacia los servicios de los EBAIS o la continúa preferencia por los servicios hospitalarios. Otro aspecto importante es que el crecimiento de atención de emergencias en los hospitales, se ha convertido en el canal por el cual usuarios no conformes con los servicios de primer nivel obtienen la atención requerida.

Es así que el gasto hospitalario crece aceleradamente, el cual comprende el financiamiento de 29 centros de tercer nivel, creció de 43.332,8 millones en el 2000 a 275.982,1 millones en el 2012, aumento equivalente a 2.2 veces al existente en el 2000.

Concluye el informe sobre tres tendencias que se han dado a nivel internacional en la identificación de nuevas fuentes de financiamiento:

1) Los ingresos de los seguros de salud no deben recaer exclusivamente sobre salarios sino que debe ampliarse el concepto al de rentas. Es decir, si la cobertura es universal pero no todas las personas laboran, entonces los ingresos no pueden ser eminentemente salarial.

En el caso de las enfermedades catastróficas, se ha recomendado financiar este tipo de casos con recursos que estén fuera del presupuesto regular de los seguros.

Entre otras opciones, está el establecer medidas para el cierre de la brecha de las cotizaciones de los trabajadores independientes y asegurados voluntarios comparada a la de los trabajadores asalariados.

2) El seguro debería avanzar en materia de reformas de mecanismos de pago, aumentar los ingresos no basta, es necesario generar los incentivos precisos, ligados a desempeño, que permita maximizar el valor por el dinero invertido, es decir, ir abandonado el proceso inercial

de los presupuestos históricos a una más ligada a los costos, para lo cual se requerirá la modernización del sistema de información, como es la propuesta del Expediente Digital.

3) Si bien el modelo solidario es fundamental en la forma como se ha estructurado el seguro de salud costarricense, también es cierto que algunos grupos suelen sentirse afectados por su funcionamiento, se trata de los "resentidos con el sistema" de lo cual se explicó anteriormente.

El análisis de los informes de la OPS y el de las recomendaciones de los notables, son importantes, en el sentido de la relación que existe entre los problemas financieros de la CCSS y las deficiencias en la prestación de los servicios de salud.

Sin embargo, no hay que confundir que la crisis de la CCSS se da a partir del año 2011 con el detonante informe de la OPS, ya que lo cierto, es que como se ha indicado, los problemas iniciaron con el despliegue de actividades para lograr el universalismo en los años 70, que se frenaron con la crisis de 1980, las consecuencias comentadas de la Reforma de los 90 y sus repercusiones en la situación financiera de la CCSS y por supuesto en la prestación de los servicios.

Es decir, el sistema de salud, ha venido sufriendo problemas de distinto tipo, hace más de 30 años, problemas que han repercutido directamente en la atención de los ciudadanos, que son los financiadores del sistema, derivando de ahí lo que bien ha citado la OPS, "ciudadanos resentidos del sistema" que podrán pensar en nuevas opciones ante un mercado incipiente de seguros y de un sector privado fortalecido.

Por último, los informes se dirigen a proponer distintos modelos de financiamiento pero también de recorte de gastos, en ese sentido, las consecuencias de ambas propuestas y el consenso que se requiere para ello, no es concretado en los informes.

### **.- ¿Crece el sector privado de la Salud en Costa Rica?**

Como se ha mencionado, Costa Rica construyó un sistema sólido de seguridad social financiado principalmente de deducciones salariales a favor de la CCSS dirigidas a financiar el seguro de salud y de pensión en caso de invalidez, vejez y muerte. Consistente, con los hallazgos anteriores y aunque aún no se puede concluir que la actividad privada compite con los centros públicos de salud, es importante hacer un análisis del gasto privado en salud, con

especial atención, los gastos de bolsillo, es decir, lo que los ciudadanos pagan directamente por servicios privados de salud.

El gasto de bolsillo refleja dos aspectos principales:

- La eficiencia del sistema de salud, es decir, resulta del impacto directo de la falla total o parcial del seguro y tiene que ver con la pérdida de bienestar social que conlleva la ausencia de seguros óptimos.
- Se origina en los mecanismos que utilizan las personas para compensar la falta de seguros, las cuales pueden ser prácticas aceptadas, como el uso indiscriminado de servicios de urgencia o bien prácticas ilegales como la suplantación del beneficiario del sistema. (OIT/OPS, 1999)

Por eso, es importante que el Ministerio de Salud, fortalezca su capacidad reguladora desde la perspectiva del financiamiento, por el aumento de los gastos de bolsillo que se reflejan en distintos estudios y que se explicarán más adelante.

Por ejemplo, un dato relevante, es que en el año 2008, la Encuesta de Hogares realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) mostró que los costarricenses gastaban 245.000 millones anuales de colones en forma privada en la compra de medicinas, consultas médicas y odontológicas, y que el gasto por hogar al año era de 260 mil. Esto correspondía a un 2, 1% del PIB y al 30% del impuesto total que el país dedicaba a la salud.

Por ejemplo, el documento denominado " Análisis Sectorial de la Salud-2004 ", señala que si bien el sistema de provisión de servicios de salud se dice que no es fragmentado, toda vez que casi siempre se alude al seguro de enfermedad y maternidad, en la práctica el sistema de aseguramiento si está fragmentado, ya que desde el punto de vista estructural y organizacional, el sistema de aseguramiento de la salud tiene tres componentes: (Salud M. d., Análisis Sectorial de Salud, 2004)

1. El de la CCSS que asegura los riesgos de enfermedad y maternidad
2. El del INS que asegura los riesgos en el trabajo y el riesgo de accidentes en tránsito y
3. Un subsistema de aseguramiento privado incipiente pero en crecimiento.

En síntesis, el sistema de aseguramiento es fragmentado, con mecanismos de autorregulación en cada componente y sin mecanismos de coordinación entre ellos para evitar gastos innecesarios en las fuentes de financiamiento, en los procesos de atención y gastos administrativos. Es notoria la carencia de un mecanismo de regulación general del aseguramiento de la salud en Costa Rica. (Salud M. d., Análisis Sectorial de Salud, 2004)

Recapitulando, la provisión de servicios de salud está a cargo mayoritariamente de la CCSS, quien desde la reforma, el sistema de salud, le ha asignado, los diferentes niveles de atención, en el primer nivel de atención, se encuentran los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), que se encargan de la provisión de atención primaria en salud, actualmente se supera más de 900 EBAIS, donde cada uno cubre poblaciones en promedio de 4000 personas. Actualmente, alrededor de 15 EBAIS, sus servicios están siendo provistos por una universidad privada (UNIBE), contratados por la CCSS desde el año 2013.

El segundo nivel provee atención especializada, internamiento y tratamiento médico quirúrgico de 4 especialidades básicas, está compuesta de clínicas, hospitales periféricos y regionales. En el tercer nivel de atención provee atención especializada, tratamientos médicos y quirúrgicos complejos por medio de tres hospitales nacionales y cinco hospitales especializados por grupos etarios (mujer, niños, geriatría, psiquiatría y rehabilitación).

En el período de 1996-2005, la participación relativa del Estado alcanzó un máximo de un 7.3% del PIB, mientras que en el ámbito privado representó un 1.5% del PIB, en este último caso, aunque no reflejaba en ese año un dato importante, sí significó en términos per cápita, aumento importante en relación con otros años.

De acuerdo con las estimaciones realizadas en el gasto total en salud para el año 2004, aquellos gastos privados relacionados con el pago de bolsillo por parte de los hogares costarricenses, alcanzó una cifra de 359 millones de dólares, con un 60% del gasto destinado a la compra de servicios médicos y hospitalarios. Este dato es importante, ya que según la Encuesta de Ingresos y Gastos que se había realizado en el período de 1987-1998, el gasto privado en salud era de 98 millones de dólares aproximadamente. (Saénz & León, 1992)

Para el año 2008, la quinta parte del gasto total en salud, correspondía al gasto privado, entre las que destacan la compra de medicamentos, odontología y la proliferación de proveedores

de salud privados que proveen una forma inmediata de atención que reduce el costo de oportunidad que representa el sector público. (Briceño, 2008)

El gasto de bolsillo afecta tanto a las personas carentes de seguro, como aquellas que son cotizantes de los sistemas de seguridad social y en el caso de Costa Rica, el ciudadano tiene muy poca capacidad de negociar precio, calidad y oportunidad de los servicios que cada prestador pudiese necesitar, lo que refleja la débil regulación del Ministerio de Salud sobre el sector privado, así también compartido por distintos expertos a los que entrevisté.

Es evidente, que el comportamiento del sector privado ha mostrado variaciones significativas en las últimas dos décadas, que en los últimos años han repuntado por el surgimiento de nuevas y modernas infraestructuras hospitalarias, así como la remodelación de las ya existentes. (Briceño, 2008)

En los últimos años, los laboratorios clínicos, los centros integrales especializados y los hospitales privados, han empezado a ganar presencia como proveedores. Su oferta, en la actualidad es más amplia y diversificada que hace algunos años, inclusive, están a la vanguardia en la prestación de ciertos servicios que requieren altas inversiones en equipo y tecnología de punta.

De acuerdo con la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples del 2001, los centros privados produjeron el 18% del total de consultas externas brindadas por los centros de atención del país. Por otra parte, la enseñanza y formación de profesionales en ciencias de la salud en universidades privadas han crecido aceleradamente en la última década, contraposición a su virtual estancamiento en las universidades públicas. (Salud O. P., 2003)

Según el Análisis Sectorial de Salud elaborado por el Ministerio de Salud en el año 2004, la participación del sector privado en el financiamiento de la salud se incrementó de un 23% en el año 1991 a un 29% en el año 2001. Dicho estudio además señala que en los últimos años la producción de servicios de salud en la esfera privada ha crecido una manera significativa. El financiamiento de esta producción está a cargo fundamentalmente de hogares, no obstante, el Seguro de Salud ha transferido una cantidad creciente de recursos para la contratación de servicios integrales de salud o bien diagnósticos y tratamientos que requieren el personal especializado y equipos de alta tecnología. (Salud, 2002)

Como se ha demostrado en otros hallazgos, el gasto continúa siendo principalmente público, pero el privado es cada vez mayor debido a la expansión de oferentes privados, la compra de medicamentos y el creciente número de individuos de bajos ingresos que efectúa gasto de bolsillo, inducido por problemas de acceso, oportunidad y calidad de los servicios públicos.

Se debe destacar que el gasto público en salud es el componente del gasto social más equitativo, ya que su distribución es inversamente proporcional al mayor ingreso, pero el crecimiento en los gastos de bolsillo, tiene que preocupar aún más al Estado.

Por ejemplo, los resultados de la Encuesta sobre Gastos en Salud del año 2006, revelan que la población asegurada tiene un alto grado de preferencia por el sector privado. En ese año, un 31.3% de la población utilizó servicios de salud privados por lo menos una vez en los tres meses previos. Otra encuesta de la UCR encontró que un 56% de la población había pagado a un médico privado durante el año previo a la encuesta. (Saénz & León, 1992)

En el año 2008, la participación del sector privado en el financiamiento de la salud fue de un 23.1% pero básicamente esta disminución con relación al año 2001, fue por un incremento del gasto total en salud como porcentaje del PIB que ascendió en el año 2008 a un 8,2%, de este total corresponde al gasto público un 76,9%.

La estimación del porcentaje de hogares que enfrentan gastos catastróficos indica que aproximadamente un 2% de los hogares costarricenses realizan un gasto en salud que representa un 30% o más de su ingreso disponible. La situación golpea con mayor intensidad a los quintiles más pobres de la población, así como a hogares de la Región Brunca y Atlántica, regiones más pobres del país, puesto que incrementa las posibilidades de perpetuar su situación de vulnerabilidad económica, por causa del pago de bolsillo requerido para el cuidado de su salud.

Esta situación se genera por distintas razones, entre ellas, la necesidad de contar con medicinas que no se encuentran contempladas en el listado básico de la CCSS, la oferta limitada de algunos servicios por parte de la CCSS, como por ejemplo, odontología, la presencia de lista de espera y el incremento de la preferencia por el uso de servicios de salud privados, independientemente de la calidad y oportunidad de los brindados por el sistema público de salud. (Briceño, 2008)

La consecuencia lógica del diferente ritmo de crecimiento del gasto en salud, es una ganancia relativa del peso que actualmente tiene el gasto privado en salud en la composición del gasto total. Esta tendencia, es un fenómeno que ya se venía observando en las pocas investigaciones que sobre el tema del gasto privado se han llevado a cabo en el país, la cual se confirma por el aumento significativo del número y complejidad de los proveedores privados de atención a la salud.

Ciertamente, esta manifestación puede ser una señal de alarma de las fallas que tiene el sistema público de servicios de salud, ya que una parte importante de los usuarios que usan los servicios privados, señala como causa de problemas de acceso, la atención poco oportuna y la menor calidad en la red de servicios públicos. No obstante, los servicios privados también son usados por un grupo de usuarios de altos ingresos, que toman esa decisión por razones de exclusividad y comodidad. (Salud O. P., 2003)

Según los estudios reflejados en el Análisis Sectorial, se muestra que los servicios ambulatorios son efectuados en partes casi iguales por proveedores públicos y privados, en tanto que la hospitalización es una actividad típicamente pública, debido a su alto costo para los usuarios. El gasto en medicamentos debe ser estudiado cuidadosamente, ya que consume cerca del 33% del gasto privado y es financiado en su mayor parte por los hogares. (Salud M. d., Análisis Sectorial de Salud, 2004)

Aunque el mercado de los seguros privados de salud, es escasamente desarrollado en Costa Rica, su tendencia creciente tendrá a futuro, implicaciones de la apertura en este tema, señalados por el Tratado de Libre Comercio. Dicha debilidad en el mercado, significa que el pago directo de los servicios de salud es la característica más común del financiamiento privado de la salud. (SUGESE, 2010)

En ese sentido, un estudio sobre la estructura y cobertura del sistema de salud de Costa Rica, señala que los servicios personales de salud se prestan en el sector público, el sector privado y un difuso sector mixto. En el subsector privado se encuentran los servicios médicos privados, cinco compañías aseguradoras, las cooperativas (organizaciones sin fines de lucro contratados por la CCSS), las empresas de autogestión, las clínicas y los hospitales privados. (Sáenz, Acosta, Muiser, & Bermúdez, 2011)

Para algunos autores, pese a la cobertura universal del seguro de salud en Costa Rica, señalan que el sistema de salud costarricense es mixto, por lo que el sector privado también provee bienes y servicios relacionados a la salud. Otros señalan que el sistema costarricense puede verse distinto a aquellos sistemas basados en el mercado, los cuales dan una participación mínima al Estado y una participación mayor a los servicios privados.

Cualquiera que sea la conclusión en esos sentidos, lo que sí es preocupante, es la sostenibilidad financiera de la CCSS, que aunque crezca la atención privada, sigue siendo la institución, con la más alta proporción de utilización de servicios, dada la provisión solidaria que le asigna la Constitución.

Por otro lado, como señaló la OPS en uno de sus estudios, el crecimiento del sector privado, ha de implicar de reglas claras sobre las condiciones que los centros privados deben operar, establecer normativas sobre la calidad técnica y humana de los servicios prestados y establecer límites bien definidos entre los centros privados y los del sector público. (Salud O. P., 2003)

.- El Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) y su relación con los seguros privados

En Costa Rica se realizó en octubre de 2007, el primer referéndum, el cual trató sobre el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos. Dicho tratado impulsado por el Gobierno de la República cuyo partido oficialista era el Partido Liberación Nacional, obtuvo mayoría con un estrecho margen, pues se impuso un 51% a favor del TLC contra un 48% que no estaba de acuerdo.

Este pequeño margen de diferencia, vuelve a demostrar, la posición ciudadana con relación a todos los aspectos relacionados con privatización y neoliberalismo que siempre culmina en una lucha de fuerzas ideológicas.

Ahora bien, dicho TLC, tiene su relación con el tema de esta investigación, en el sentido de que pese a que excluye a las actividades o servicios de un “sistema legal de seguridad social” de las medidas relacionadas con servicios financieros, este tratado aplicará si una parte permite que alguna de las actividades o servicios referidos sean realizados por sus instituciones financieras en competencia con una entidad pública o una institución financiera,

así expuesto y analizado en el Foro: “ Medicamentos y seguros en el marco de los derechos humanos y la Globalización Comercial” realizado por la Asociación Costarricense de Salud Pública bajo el tema de Impacto del TLC en el seguro de salud de la CCSS”, los días 05 y 06 de de julio de 2006.

Pese a que el referéndum fue en el año 2007, dicho tratado ya se había firmado en mayo de 2014, de ahí que ya en el 2006 se analizaban sus principales disposiciones.

Igualmente, aunque señala el TLC: “Para mayor certeza, los servicios de seguridad social referidos en el primer, segundo y tercer párrafos del artículo 73 de la Constitución Política de la República de Costa Rica y suministrados por la Caja Costarricense de Seguro Social a partir de la fecha de la firma de este Tratado, no estarán sujetos a ningún compromiso incluido en este Anexo.”, luego establece derechos de establecimiento en Costa Rica a proveedores de seguros de otra parte, a partir del año 2008.

Es importante, exponer algunas diferencias explicadas en dicho foro, entre el seguro de salud de la CCSS y los seguros privados, reconociendo que aún en año 2015, es prematuro el tema para la ciudadanía, pues como se ha citado, el gasto privado se ejecuta principalmente por gastos de bolsillo.

Características del seguro de salud:

- Costo reducido y relacionado con la capacidad de pago de los trabajadores e imposibilidad de discriminación de riesgos.
- Cobertura familiar.
- Presencia de establecimientos de salud a lo largo y ancho del país
- Canasta de servicios ofrecidos en constante expansión y servicios auxiliares a la atención.
- Pago de subsidios por enfermedad y maternidad, etc.

Características de los Seguros Privados:

- Discrimina según riesgos (incluyendo variables como edad, sexo e historia clínica).

- Cobertura familiar con costo incremental.
- Alto costo en las primas.
- Acceso al mercado privado de servicios de salud cuya extensión geográfica es dependiente de decisiones individuales y no de una política institucional.
- Canasta de servicios definida en relación a la prima contratada

En el Foro, se cuestionó si los seguros comerciales de salud representaría una solución satisfactoria para los estratos medios y altos, en ese sentido, se expuso la ventaja que tiene por cuanto estos estratos utilizan menos los establecimientos públicos.

Una de la conclusión de los participantes del Foro, es que el Seguro de Salud de la CCSS está excluido del ámbito de acción del TLC, por considerarse esta institución, piedra angular de la institucionalidad costarricense y que por tanto, ninguna de las obligaciones estipuladas en el Tratado implicará una modificación a la legislación nacional aplicable este seguro.

En el marco del Tratado, no se modifica el principio de obligatoriedad que tiene la afiliación y contribución a los seguros sociales administrados por la CCSS, ni tampoco se configura un techo que le impida al Estado el regular el regular estos seguros según lo crea más conveniente.

Señalan que en un “correcto estado de las cosas”, el aseguramiento privado en salud mantendrá su naturaleza como complementario y no sustitutivo del Seguro de Salud de la CCSS. Se entiende “correcto estado de las cosas”: la obligatoriedad de contribución a la seguridad social, el fortalecimiento y ejecución adecuada de las medidas disuasorias a la evasión, y provisión de servicios adecuada en términos de calidad y oportunidad.

En este punto, es importante detenerse, pues la obligatoriedad de contribuir a la seguridad social está íntimamente ligada al empleo, con la problemática del desempleo que se apuntó en esta investigación, con la retirada de empresas que por la globalización económica, se han trasladado a otros países con menores costos, así como el crecimiento del empleo informal. Estos fenómenos, unidos a la migración, cambios en el perfil epidemiológico y aumento de la población adulto mayor, presionan sobre la sostenibilidad financiera de la CCSS.

Igualmente, la provisión de servicios de la CCSS, han entrado en un estado de deterioro con algunos avances aislados, que han desfavorecido la percepción ciudadana sobre estos servicios y su preferencia por la oportunidad y calidad más bien del sector privado.

En cuanto a la regulación, se ha señalado también, las debilidades en esta función por parte de la rectoría del Ministerio de Salud.

Por eso, sin el fortalecimiento del Seguro de Salud, en su capacidad de financiamiento y prestación de servicios, difícilmente, se logre el "estado correcto de las cosas", el servicio privado de la salud, será más que sólo complementario.

El TLC, establece el derecho de establecimiento para Proveedores de Seguros y se especifica, que será, para cualquiera y todas las líneas de seguros (excepto el seguro obligatorio de vehículos y seguros contra riesgos del trabajo), a más tardar el 1 de enero del 2008 y cualquiera y todas las líneas de seguros, a más tardar el 1 de enero del 2011.

Por lo tanto, el Tratado, establece las condiciones adecuadas ampliar el mercado de oferentes estadounidenses, centroamericanos y dominicanos que disfrutarán de mejores precios y que tendrán las posibilidades de negociar sin necesidad de representantes locales.

Un importante elemento que se ha señalado en dicho foro, es que mediante la combinación apropiada de medidas institucionales y políticas de país, se pueden mantener o mejorar las funciones de la CCSS, ante un escenario u otro, es decir, con o sin TLC.

En este mismo análisis de las repercusiones del TLC en el sistema de salud, se recalca la entrevista que en el año 2006, brindó el Lic. Eduardo Doryan, Ex presidente de la CCSS, al Periódico La Nación, con relación al TLC:

*"La tranquilidad en el país en materia de inversiones y empleo es el mejor seguro para la CCSS. En el 2006 se dan más de 140.000 nuevos afiliados en salud y pensiones y los cotizantes ya superan el millón de trabajadores inscritos. Si en Costa Rica se diera un reflujó en el empleo, producto de una percepción de que otros países que aprobaron el TLC son más propicios a la inversión, ello podría ser la causa de una relevante afectación a la seguridad social.*

*. Ningún seguro privado le llega ni a los talones a la Caja. La institución tiene un menú reforzado y comprensivo en su red de protección social. Pero más allá de ello, tiene además un blindaje jurídico sólido en la Constitución Política y la Caja está bien protegida en ese sentido. Más aún se encuentra fuera de los alcances del Tratado de Libre Comercio.*

*El TLC da acceso a mercados y crea un clima propicio para la creación de empleos y de inversión, lo que precisamente es un buen seguro para el Seguro Social. "*

Sin embargo, lo sucedido ha sido todo lo contrario, en el año 2015, Costa Rica sufre una de las crisis de empleo más difíciles, la tesis de los que no estaban de acuerdo con el TLC, pareciera ser correcta: en el largo plazo, el TLC no daría resultados favorables a la economía costarricense, lo que promoverá mayor privatización y la llegada de capitales internacionales que superarían a las empresas radicadas en territorio costarricense, transformando el empleo tradicionalmente formal apegado al pago obligatorio de las cuotas del seguro social a la CCSS.

De no estar las "cosas en su estado correcto", en contraposición a la afirmación del Sr. Doryan, el seguro de salud, no está seguro.

#### **.- El crecimiento del sector privado: Algunas notas importantes de los principales medios de información en el país:**

Con el fin de analizar el crecimiento del sector privado que se plantea en la hipótesis, la investigación estudió minuciosamente las notas que aportan los medios de comunicación observadas desde el año 2011 al 2015, lo cual refleja un importante desarrollo de este sector.

A continuación algunas de las notas recopiladas:

Y es que el sector privado de la salud no solamente ha crecido en clínicas, hospitales, laboratorios y farmacias, sino también en empresas de exportación de equipos de precisión médica, siendo que en esta última se ubican en el país, 63 empresas que han generado 19 mil empleos. (Industria de dispositivos y servicios médicos crece en el país, 2015)

En la actualidad, Costa Rica es uno de los países latinoamericanos con mayor gasto público en educación y salud, señal de que este sigue siendo un pilar fundamental del pacto social costarricense, que ha permitido un desarrollo inclusivo y sostenible. (Hacienda, 2013)

Sin embargo, las expectativas de la población acerca del tipo de servicios públicos, ha disminuido sensiblemente, ya que hay segmentos importantes de la población que han optado por sustituir los servicios públicos como educación, salud y seguridad, cuya calidad no les satisface, por servicios privados. Lo que ocasiona que en la actualidad, haya menos disposición a contribuir con impuestos su financiamiento.

En el tema de la CCSS, los problemas financieros empeorarán con el envejecimiento de la población. En esta institución, el déficit de infraestructura es muy significativo a pesar de los ingresos que recibe por cargas sociales, una de las más altas de América Latina. Este déficit está impactando el servicio médico a la población provocando filas crecientes por la atención en consulta externa y hospitalaria.

La Nación: (Vizcaíno, 2015)

El sector privado también crece en los servicios que ofrece al Estado, por ejemplo, el Hospital La Católica, es un proveedor privado del Hospital del Trauma a cargo del Instituto Nacional de Seguros (riesgos de trabajo) y sólo en el año 2014 le pagó 8.500 millones de colones.

Por otro lado, la empresa internacional, Synthes, es el principal proveedor de insumos de ortopedia de la CCSS, a la cual le vende más de \$ 4 millones al año. Actualmente, esta compañía está siendo investigada por una presunta estafa de más de \$2.3 millones contra la CCSS por la venta de insumos para pacientes fallecidos con la problemática de que la CCSS no puede suspender el contrato con la empresa por la falta de proveedores con la capacidad de facilitar la variedad de insumos ortopédicos que requieren los hospitales. (Ávalos, CCSS ampliará compras por \$1,5 millones a empresa cuestionada, 2014)

En el mercado existen gran variedad de seguros con cobertura de servicios médicos, de vida y en carretera, que respaldan en caso de una eventualidad, sin embargo, no existe en el país, la cultura del aseguramiento por lo que problemas de salud, desempleo y muerte ocasionan crisis en las familias que no están preparadas.

La competencia en el ramo de seguros de accidentes y salud se ajustó este año, cuando por primera vez una aseguradora privada superó al Instituto Nacional de Seguros (INS) en lo que al ingreso por primas respecta. Este tipo de pólizas es uno de los más competitivos. El crecimiento que ha tenido recae en que las compañías privadas se están posicionando en negocios colectivos.

La empresa Pan American, en el mes de octubre de 2014, recibió un ingreso de primas de seguro por un 47% mientras que el INS un 43%.

Y es que accidentes y salud es un nicho de mercado muy atractivo por el nivel del volumen de primas que genera, aún más al negociarse con multinacionales o transnacionales en la región. Estas operaciones fueron habilitadas con los tratados de libre comercio de Costa Rica. Aunque estas empresas han entrado con seguros colectivos, están por lanzar al mercado nuevos productos para pymes y seguros individuales para gastos médicos. (Cisneros, 2014)

Esta proyección de un mercado emergente de seguros debe preocupar a la CCSS sobre todo ante la noticia de que dos millones de ticos están insatisfechos con la CCSS que se desprende del informe de la OPS que los llama "resentidos con el sistema" y advierte de una eventual migración, es decir, que salgan del sistema público, afectando con esto su sostenibilidad, de por sí debilitada por la falta de nuevos ingresos. (Vizcaíno, Dos millones de ticos están insatisfechos con la CCSS, 2015)

Otro elemento importante para subrayar la importancia del sector privado de la salud, se refiere al turismo médico que es ahora una de las seis actividades de la creciente industria de la Salud Global. Durante los últimos años, Costa Rica ha destacado por ser un destino ideal para el desarrollo del turismo médico y la manufactura de equipo médico.

Otra de las prácticas dentro de la industria es la atracción de inversiones para el desarrollo de hospitales. La salud global incluye el desarrollo del turismo educativo, que consiste en atraer un flujo importante de estudiantes de medicina que, por el tema de costos, deben buscar escuelas de medicina fuera de sus países al menos para cursar los primeros años de carrera. (Fallas, 2014)

El mayor impulso de todo tipo de infraestructura privada de salud, se desarrolla desde los principios del año 2000, siendo que en el año 2011, el Hospital Clínica Bíblica, había

concluido un proyecto de \$ 15 millones que incluía un helipuerto, una torre de parqueos y una unidad de radioterapia intraoperatoria. El hospital CIMA por otro lado, invirtió \$12 millones en una nueva sede en Guanacaste (provincia al norte del país).

Por otra parte, se construían para ese año 54 nuevos consultorios en una torre médica al oeste de la capital.

Estos y otros desarrollos dan cuenta del pujante negocio de la salud privada en el país., cuya expansión permitirá a la empresa cuadruplicar su capacidad de atención. (Brenes, 2012)

Otro fenómeno que se ha dado con el crecimiento del sector privado de la salud, es el crecimiento paralelo de las inversiones que se han realizado en las universidades privadas que imparten ciencias de la salud, las principales universidades (Hispanoamericana, UNIBE y UCIMED) estrenarán nuevos edificios, mientras la U Latina crea un hospital. Esta situación se debe a la alta demanda de estudiantes en carreras de la salud y que además sus costos académicos son importantes ingresos para estas universidades.

Se considera que este crecimiento responde a que Costa Rica es un país avanzado en temas de salud, como se ha explicado en el tema de turismo médico que en año 2010, había generado \$ 288 millones.

“ Ciencias de la salud es un campo que requiere de infraestructura muy especial y de última tecnología” señala el gerente de una de las universidades señaladas. (Brenes, Ciencias de la salud caza inversiones, 2012)

En una encuesta de opinión sobre las preferencias de los hogares en el consumo de bienes y servicios, realizada en noviembre de 2012, que observó que un 48% de los entrevistados consume servicios de médico privado y un 63% en servicios de dentista. (Morales, 2012)

Universidad: (Araya, 2005)

En el mes de febrero de 2015, la Universidad de Costa Rica (UCR) realizó un seminario internacional, sobre la privatización de servicios públicos, en el cual los autores concluyeron que la evidencia empírica muestra que hay mucho de mito y creencia en la afirmación de los impulsores de las reformas neoliberales que privatizaron las empresas

públicas en los últimos 30 años, de que la privatización y la competencia en el mercado finalmente aumentaría el bienestar de los ciudadanos como consumidores. Los beneficios no han sido los que se esperaban desde el punto de vista de los usuarios.

Igualmente, el exponente español, Daniel Días, concluyó, que no hay evidencia para apoyar la idea de que las nuevas formas de gestión de hospitales en Madrid son más eficientes que las formas tradicionales de gestión pública directa. La evidencia empírica muestra mayores tasas de readmisión de los pacientes y mayores tasas de mortalidad, lo que es muy preocupante. Además, el número de empresas participantes es limitado, no son especializadas y piden renegociación de contrato, y hay clara evidencia de “puerta giratoria” donde los políticos terminan en las empresas privadas concesionarias y no hay un marco regulador que proteja los intereses públicos.

Y es que desde mediados de la década de los 90, la capital española se ha convertido en la vanguardia de la reforma neoliberal de salud pública en la Unión Europea. Lo cual ha generado una amplia reacción social y profesional que incluye protestas de médicos y personal de enfermería en las calles madrileñas, oponiéndose a la privatización de los servicios de salud. Señaló el Sr. Daniel Días, que la privatización de los servicios públicos genera menor bienestar y menor satisfacción para los consumidores más vulnerables.

En otro estudio, “Empresas públicas y cohesión social”, se evidencia, que en los procesos de privatización de los servicios ni en la regulación, que se enfoca en la competencia, ha tomado en cuenta el consumo.

Uno de los aspectos que más llamaron la atención para esta investigación, es lo expuesto por la ex presidente de la CCSS, Ileana Balmaceda (Administración Chinchilla 2010-2014), en una entrevista brindada: (Días, 2011)

*¿Cree usted que hay conspiraciones en contra la CCSS?*

*“Aquí, y que no salga de Costa Rica, le digo que sí hay grandes intereses para dañar a la institución”*

*¿Desde cuáles sectores?*

*Desde dentro y de afuera de la entidad. Hay presiones para que la Caja no funcione.*

*¿Presiones a favor de la medicina privada?*

*Yo creo que sí, yo creo que sí. Ahora viene la apertura de los seguros, la medicina privada se ha fortalecido y, sin embargo, creo que la seguridad social debe persistir.*

### **8.1. Análisis general de los hallazgos:**

- La percepción ciudadana refleja un alto nivel de insatisfacción por el deterioro de los servicios de la CCSS y una tendencia de mayor preferencia por los servicios privados de salud.
- Ligado a lo anterior, se ha observado, que ante el deterioro de los servicios médicos de la CCSS, se crea un mayor uso de los servicios privados. En el año 2008, la Encuesta de Hogares, mostró que los costarricenses gastaban 245.000 millones de colones por año en forma privada en la compra de medicinas, consultas médicas y odontológicas. Eso correspondía a un 2,2% del PIB y 30% del impuesto total que el país dedicaba a salud.
- La encuesta citada y algunos estudios se refieren al gasto de bolsillo, pero no se tiene mayor información sistemática sobre el gasto privado de la salud por lo menos clasificada en internamientos como tratamientos médicos en los centros privados de salud.
- El fortalecimiento del sector privado, se inicia en la segunda parte de la década de 80, década en la que se crean las cooperativas de salud, en sustitución de las clínicas estatales. Aunque debe mencionarse que no se desarrollaron más cooperativas desde esa época.
- El Sector Privado aunque no es proporcionalmente importante como el del sistema nacional de salud, ha demostrado una tendencia creciente significativa con un fuerte apoyo empresarial y académico, sector que podrá fortalecerse ante la apertura de los seguros de salud establecidos en el TLC, preparados para atender la demanda proyectada de mantenerse las tendencias.

- El sector privado considera estratégica la colaboración pública-privada, por la cual los servicios del Estado pueden encontrar una estructura de servicios varios en el sector privado.
- El movimiento sindical aduce razones ideológicas de influencia neoliberal e internacional favorecida por élites políticas que han debilitado a la CCSS para un mayor mercado de la salud. Los otros actores consideran que la privatización no se origina en una ideología sino en una necesidad de lograr mayor eficiencia en los servicios de salud, reduciendo los costos actuales de un universalismo prometido que depende de las condiciones económicas.
- La CCSS ha realizado acciones para fortalecer su quehacer institucional, haciendo esfuerzos para cumplir con las recomendaciones de la Comisión de Notables y estabilizar sus finanzas. Sin embargo, los esfuerzos aún no logran observar resultados de impacto en la percepción de los ciudadanos, pues se mantienen los problemas originados por la falta de calidad y oportunidad de los servicios públicos de salud.
- La corrupción y las debilidades administrativas han provocado decisiones que han generado grandes costos para la CCSS, así aceptado también por la organización sindical, aunque lo liga a la injerencia política.
- El principio de solidaridad y universalismo siguen prevaleciendo en el seguro de salud, aunque con mayor preocupación por razones económicas y los altos costos de la curación. Los fallos de CCSS que han generado una mayor preferencia al sector privado, quiebran la lealtad de los ciudadanos al sistema de salud público.
- Ninguno de los actores, con excepción del movimiento sindical, se manifestó sobre la influencia de los organismos internacionales. De lo observado en los documentos emitidos por la OPS, se podría señalar que éstos se enfocan sobre todo en problemas de gestión y oportunidades para coadyuvar al sector estatal.
- Es de suma importancia que el Ministerio de Salud regule el sector privado y delimite las actividades que corresponden a cada sector.
- Llama la atención a esta investigación, la propuesta de la Comisión de Notables de abrir el sistema de salud y delimitar los servicios de salud a brindar por la CCSS,

aspecto ampliamente criticado por el movimiento sindical, pues es contradictoria con los principios de solidaridad y cobertura universal inspirados en el marco jurídico de la salud.

- El enfoque de la salud como derecho, inspirado en la Constitución Política y en su marco jurídico, se enfrenta a un cuerpo normativo que permite la privatización de los servicios de salud, como el reciente TLC que abre la competencia de los seguros privados de salud. Hay posiciones que la normativa obliga a la universalidad y acceso a los servicios y que deben rescatarse los principios de solidaridad volviendo a poner al ciudadano en el centro del sistema.
- Existe poca participación de los ciudadanos en las políticas públicas de salud, tanto a nivel nacional como local, evidenciado en una norma que promueve las Juntas de Salud pero que no tienen mayor impacto al no darles autoridad para sugerir o reclamar un mejor servicio.
- La CCSS enfrenta muchas problemáticas, de índole social, de perfil epidemiológico que demandará mayores costos de atención, de una profunda crisis financiera y cambios en el mercado laboral que repercuten sobre su principal fuente de financiamiento: las cotizaciones al sistema de seguridad y aumento de patologías sociales que presionan sobre los servicios de salud como son el aumento de accidentes, de violencia física, alcoholismo y drogadicción.
- Comparten todos los actores, con excepción del movimiento sindical, que el sistema de salud ha comenzado a convertirse en un sistema mixto, aunque con mayor presencia del Estado aún en la prestación de servicios.
- Los actores comparten que la salud será un derecho que debe ser siempre tutelado por el Estado.
- La crisis financiera de la CCSS obligará a esta institución a la búsqueda de nuevos modelos financieros y de gestión, con excepción del movimiento sindical que considera que la crisis ha sido originada por el mal desempeño de los políticos a cargo de la CCSS y un deseo neoliberal de privatizar los servicios de salud.

**8.2. La complejidad de las políticas públicas de salud en Costa Rica:**

De lo analizado anteriormente, se observa lo gran complejidad de actores que se involucran en las políticas públicas de salud con distintas posiciones, motivaciones y condicionamientos.

A continuación una tabla que resume las posiciones de los actores según la información primaria y secundaria explicada:

Cuadro No. 7  
La medida de la complejidad de las políticas públicas de Salud  
Costa Rica

<b>Dimensión del interés/Tipo de actores</b>	<b>Organismos Internacionales (político)</b>	<b>Gobierno (político)</b>	<b>CCSS (burócratas)</b>	<b>Sindicatos (interés especial)</b>	<b>Centros privados y cooperativas de salud (interés especial)</b>	<b>Ciudadanos/Universidades (interés general y especial)</b>	<b>Sala Constitucional</b>
<b>Nacional</b>	Su posición en el sistema de salud, ha sido como financiador y asesor de los estudios y	Le correspond e asignar la cuota del Estado al Régimen de salud. Los	Actor principal del Sistema Nacional de Salud. Consideran que son varios factores	Culp an las ideologías neoliberales del fracaso de la CCSS, permitida por la	Es el sector que más ha crecido en el país. Consideran que pueden ser	Encargadas de la formación de los recursos humanos de la salud. Logra alcanzar acuerdos de garantía para sus estudiantes como el servicio social (primer año de ejercicio profesional	Dicta resoluciones que obliga a la CCSS a prestar servicios oportunos. 90% de los recursos de inconstitucionalidad en CR

<p>propuestas de modelos.. Es un actor importante en la formulación y evaluación de la CCSS. La elaboración del informe del año 2011 alertó al país sobre la crisis financiera de la CCSS y advierte posteriormente sobre la presión que pueden ejercer ciertos sectores de la población que financian sus</p>	<p>sindicatos y expertos reclaman la deuda con la CCSS, uno de los factores que le imputan la crisis financiera. Le correspond e nombrar al Presidente Ejecutivo. No ha fortalecido la rectoría del</p>	<p>determinantes en la crisis: Crisis financiera provocada por cambios en las demandas de salud, ausencia en planificación estratégica, débil capacidad de gestión, deudas de terceros incluyendo el Estado. Su principal debilidad: largas filas de espera y mala</p>	<p>injerencia de los políticos de turno que han estado a cargo de la CCSS. Rechazan cualquier posición que signifique culpar a los funcionarios de la CCSS de la crisis. Sin embargo, critican el modelo financiero y la débil capacidad de</p>	<p>complemento en la definición de las políticas públicas. Aunque no tienen la cantidad de centros y camas para atender la demanda de salud, su crecimiento va en tendencia significativa. Consideran que la CCSS no los ha considerado</p>	<p>pagado por la CCSS), asimismo, cuenta con un centro de estudios para especializar a los médicos, una de las principales carencias del sistema de salud. Actualmente, participa también en la venta de servicios como centros de salud, recientemente a cargo de la Universidad de Costa Rica (estatal) quien renunció luego de reclamar los altos costos que significaban y que en el 2013 fueron adjudicados estos centros de salud a otra universidad pero del sector privado. Los ciudadanos por otra parte reclaman mayor</p>	<p>corresponde a la exigencia de atención por parte de ciudadanos según así manifestó la Defensora de los Habitantes. CCSS atiende miles de recursos acogidos por esta Sala.</p>
--	---	--	---	---	--	--

	<p>servicios con gastos de bolsillo y a la vez cotizan al sistema. Les denomina "los resentidos del sistema"</p>	<p>Ministerio de Salud lo que hace que tenga poca capacidad de dirección en la CCSS. Su posición con la CCSS se ha limitado al carácter de subsidiarla, aunque no ha cumplido y mantiene una deuda</p>	<p>atención. Conjuntamente, con la corrupción, son factores que han debilitado su legitimidad con la población. Permanece en constante revisión de propuestas para salir adelante. Sus propuestas se dirigen a mantener el <i>status quo</i> sin grandes</p>	<p>los políticos para que el Ministerio de Hacienda ponga al día sus deudas con la CCSS. Considera que el Gobierno intenta confundir la opinión nacional para terminar de destruir a la CCSS. Coincide en que hay</p>	<p>un actor aliado a las políticas públicas aunque hay una aceptación generalizada de que el sector privado está tomando fuerza en la atención. El derecho y sus leyes en Costa Rica garantizan su permanencia y más aún con el TLC</p>	<p>participación en las políticas públicas y demuestran una preferencia a los servicios privados con un mayor gasto de bolsillo, que pone en riesgo los principios de cobertura universal y solidaridad.</p>	
--	--	--	--	---	---	--	--

		con la CCSS. No presenta políticas de cambio para mejorar el estado de las cosas.	cambios.	ausencia de planificación estratégica por parte de los políticos en el tema de salud. Tienen mucha fuerza por la integración de los profesionales en ciencias médicas, gremio con mucho poder en el país. Tienen un capacidad de	que abre los seguros privados en CR. Reconoce el principio de solidaridad del sistema nacional de salud pero acepta que ha sido una solución para la población que puede realizar los gastos de bolsillo.		
--	--	---	----------	--	---	--	--

				<p>organización con gran participación popular. Igual que los burocratas, mantienen el statu quo sin ofrecer cambios.</p>			
<b>Regional</b>							
<b>Local</b>							





## **V. CONFRONTACION OBJETIVOS y CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS .**

La investigación respaldada en las teorías del Neo-institucionalismo, permitió conocer más profundamente, la evolución histórica, política y social del Estado de Bienestar Costarricense.

El Estado Costarricense se había caracterizado por las distintas políticas que han establecido los Gobiernos a partir de la década de 1940, que han garantizado los derechos fundamentales a la salud, empleo, educación y vivienda en un modelo de desarrollo basado en los principios de la social democracia.

En ese sentido, se establecieron políticas públicas de carácter universal que permitieron el desarrollo de un capital humano y una infraestructura estatal amplia en todo el país, precisamente, para garantizar la universalidad y acceso de sus políticas públicas.

La construcción del Estado de Bienestar en Costa Rica, fue facilitada por una democracia ejemplar que ha desarrollado elecciones periódicas de manera pacífica como por la no existencia de un ejército militar que permitió enfocar el gasto público hacia servicios de alto costo, como son la salud y la educación con gran cobertura.

Un hito histórico, ha sido la guerra civil de 1948, la cual lejos de generar divisiones y fragmentaciones sociales, permitió una revolución liderada por políticos inclinados fuertemente en principios de la social democracia que lograron el consenso con el comunismo de la época y la Iglesia Católica.

Del consenso alcanzado, se construyó un Estado soportado por una institucionalidad que fue creciendo paralelamente a los valores de la solidaridad, equidad y de igualdad, que se fueron profundizando en el diario vivir de los costarricenses. Es así, que la sociedad civil, las empresas costarricenses y los partidos políticos, comprendían la solidaridad y el universalismo del modelo de desarrollo al que habían apostado y el que habían construido pese a muchas dificultades, lo cual facilitó el consenso en la formulación de políticas públicas estratégicas que requerían de significativa financiación.

El Estado Costarricense se convirtió en el centro estratégico de la economía del país, manteniendo algunas empresas de servicios a su cargo, sin que por ello, se limitara el crecimiento del mercado en otras áreas como el comercio, la agricultura, la construcción. Las

universidades estatales graduaban año con año, profesionales de gran nivel en las distintas áreas.

Una de las características centrales del Estado Costarricense, fue el sistema de salud que construyó de manera integrada y con una institución estratégica en la recaudación de los fondos del seguro de salud y en la prestación de servicios: la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

Prácticamente, se reconoce por consenso, que bajo ningún otro esquema de Estado, Costa Rica, hubiera logrado los progresos e indicadores que ha alcanzado exitosamente en materia de salud y que ha logrado hasta la fecha.

Los Ministros de Salud, seguían su plan de cobertura universal propuestos de manera continúa independientemente del Gobierno que asumiera, cumpliendo así con la reforma de 1970 que comprometía la universalización de los servicios de salud.

Costa Rica financiaba básicamente su modelo de desarrollo, con ingresos fiscales, divisas y préstamos internacionales, y en este último punto, es que empezarán a generar factores externos que presionarán sobre las políticas públicas del país. El país se fue convirtiendo un referente de la política social en América Latina por los indicadores de desarrollo humano que alcanzaba con éxito, comparados a los países desarrollados.

Sin embargo, la crisis económica de la década de los 80 y el nivel de endeudamiento externo, afectaron de manera significativa a la región latinoamericana y Costa Rica, no fue la excepción.

Las presiones empezaron a darse por medio de los organismos internacionales, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), condicionaron los arreglos de las deudas a cambio del establecimiento de políticas neoliberales inspiradas en el Consenso de Washington bajo el discurso de que estas políticas constituían verdaderas opciones para mejorar la economía del país.

De pronto en Costa Rica, el nombre del Fondo Monetario Internacional, se empieza a notar en diferentes manifestaciones de reclamo social, los principios neoliberales generaron movimientos de izquierda en el país que comenzaron a presionar para no cumplir con los pactos que estos organismos internacionales querían establecer, sin embargo, la oposición de

las propuestas del Fondo y del Banco significaban fuertes reprimas a un país que había estado acostumbrado a su estabilidad económica y bienestar general.

Costa Rica, tenía poco margen de negociación, pues debía asegurar el financiamiento de una senda que había iniciado en sus políticas de salud y educación, por lo que tuvo que pactar con estos organismos internacionales, para negociar la deuda y superar los escollos financieros del momento.

De esta forma, el país inició a mitad de la década de los ochenta, la implementación de los Programas de Ajuste Estructural (PAE), que implicaron medidas liberalizadoras para el mercado interno y externo así como el inicio del proceso de privatización aunque este proceso no se desarrolló, tan rápido ni tan extenso como en otros países de América Latina.

Algunos servicios que estaban en manos del Estado pasaron al sector privado, empezaron a llegar al país empresas transnacionales y se inician políticas agresivas de inversión extranjera directa y Costa Rica, se inserta en el mercado internacional diversificando sus estrategias y productos de exportación.

La crisis de 1980 generó una serie de cambios en el modelo de desarrollo y de la participación del Estado como anterior único garante de los servicios fundamentales, al cual se le empezó a cuestionar su calidad de servicios en medio de los recortes que debían hacer los Gobierno para disminuir el gasto público.

La empresa privada, fue apareciendo paulatinamente en la propuesta de servicios como una solución para las clases medias y hasta clases menores que preferían endeudarse con el fin de garantizar un mejor servicio a sus hijos. Aunque no se puede decir que servicios fundamentales como la educación y la salud fueron privatizados, las medidas y reformas como en el caso de la salud en 1993, promovieron un crecimiento de establecimientos privados. Podría decirse que a partir de 1980 se inicia un largo proceso de privatización en Costa Rica que aún no se detiene, más se bien, se fortalece.

La apertura de los mercados en estos servicios se genera paralelamente frente a un deterioro de estos servicios ofrecidos por el Estado, por lo que familias de las clases medias empiezan a acudir, a los centros privados de educación y mucho más adelante, a los centros privados de salud.

Es así como la globalización reflejada en presiones de los organismos internacionales, en una economía cada vez más inserta en el comercio internacional y en la apertura de empresas transnacionales, así como los programas de ajuste estructural, cambiaron las características del Estado de Bienestar Costarricense, el cual mantiene las políticas igualitarias y universales, en medio de un deterioro de sus servicios originado por las crisis fiscales y financieras que le debilitaron frente una economía de mercado que empezó a operar libre de sus regulaciones.

Desde dicha posición, tomando en cuenta los servicios pilares del Estado de Bienestar por medio de sus políticas públicas de educación y salud que han crecido significativamente en la oferta y demanda del mercado, Costa Rica, ha pasado de un modelo de desarrollo socialdemócrata con gran participación del Estado en dichas políticas, hacia un modelo que se fundamenta en los principios neoliberales que se han acelerado con la globalización económica, con una mayor apertura comercial y económica, así reflejado en el Tratado de Libre Comercio con Norte América (NAFTA) que establece el rompimiento del monopolios en seguros de salud.

Como era de esperar, este nuevo modelo de desarrollo, afectaría las políticas públicas, por lo que la investigación se concentra en el estudio del sistema de salud y su transformación.

Las crisis económica, los programas de ajuste estructural y un nuevo modelo de desarrollo que debilitó al Estado Costarricense, retaban la universalidad de los servicios prometida en la reforma de salud 1970 y obligaban a una reforma en la década de los 90 para garantizar el nivel de atención primaria.

En la Reforma de 1993, se trasladó nivel de atención primaria a la CCSS, labor que estaba a cargo del Ministerio de Salud. Dicho traslado de programa y recursos humanos, se realizó sin asignársele mayores recursos financieros, lo cual presionó sobre las finanzas de la CCSS y se empezó a debilitar la prestación de servicios al punto de deterioro de la actualidad, con largas filas de espera y quejas constante de los ciudadanos.

La creación de EBAIS (Equipos Básicos de Atención Integral), que son el primer nivel de atención, significa en la actualidad, una estructura que ha tenido que mejorar y ampliarse, dada la demanda de este tipo de servicios, dichos equipos ya no tan básicos, representan altos

costos para la CCSS. Un hecho relevante, es la retirada de la Universidad de Costa Rica (estatal) que tenía a cargo más de 14 EBAIS en el sector este de la capital, retirada que obedeció a la imposibilidad de seguir asumiendo sus altos costos. Estos EBAIS, fueron asumidos en el año 2014 por la UNIBE (universidad privada) por lo que es prematuro aún referirse a sus efectos.

Dicha presión de costos sobre las finanzas de la CCSS, provocada por la Reforma conjuntamente con malas decisiones como el incremento de más de 11 mil plazas, el asumir incentivos salariales de otros regímenes de empleo y de la morosidad y caída de los ingresos provenientes de las cuotas al sistema son los factores principales de la crisis financiera de la CCSS.

Esta crisis financiera, repercute directamente en los problemas que sufre la CCSS, que se encuentra con una capacidad de respuesta condicionada por muchos factores y posiciones de distintos actores. A la vez, esa incapacidad de resolución de la CCSS, incide directamente en los ciudadanos usuarios de los servicios, quienes reclaman una mejor atención y más agilidad en el servicio.

La corrupción y la ineficiencia que ha lastimado tanto a las instituciones del Estado, de los cuales no escapa la CCSS, han generado una insatisfacción ciudadana que conforme con las encuestas, se observa una preferencia hacia un mayor individualismo en la búsqueda de soluciones de los problemas de salud.

Desde la teoría de los sistemas sanitarios, se observa como la Reforma de 1993, produce un cambio en la provisión de servicio, que significó en el largo plazo, una transformación del sistema, provocado por el deterioro de los servicios y la crisis financiera que sufre la CCSS y que ha significado una ventaja para el fortalecimiento del sector privado como componente importante en la atención de las demandas ciudadanas.

Desde dicha teoría, podríamos decir que la financiación se ha modificado, al incrementarse los gastos de bolsillo, principal forma de gasto privado de la salud al no desarrollarse aún el mercado de seguros. También podríamos concluir que la prestación de servicios se ve modificada con la incorporación de mayores centros privados de salud que tienden a crecer para adaptarse a mayores demandas de servicios, mercado que podrá ser más

potente con la apertura de los seguros de salud establecidos en el Tratado de Libre Comercio con EE.UU.

Este informe de la OPS conjuntamente con la encuesta de la Universidad Nacional, reflejan claramente la percepción de los ciudadanos de dejar de cotizar al sistema y en su lugar pagar un seguro privado que les garantice la calidad y oportunidad de servicios de salud, lo que la OPS ha denominado "resentidos del sistema" pero que son en realidad los que sostienen financieramente a la CCSS.

Es en la regulación, donde el mismo Ministerio de Salud acepta, no haber asumido un rol activo en la regulación de un floreciente mercado privado, pero tampoco la investigación logra comprobar acciones que garanticen su pronto abordaje.

Es importante considerar que el sector privado de la salud en el contexto actual de la globalización económica con la incorporación de empresas transnacionales que adquieren mejores tecnologías, infraestructuras modernas, universidades de alto nivel, han despegado un sector casi a espaldas del Estado, pues no se logró comprobar en esta investigación, el abordaje de este tema, por parte de ningún Gobierno de los períodos analizados.

El sistema de salud costarricense por lo tanto tiende hacia un modelo mixto de prestación y financiación pública y privada, considerando al sector privado en la actualidad, como complementario al sector estatal, sin poder preverse aún sobre un cambio profundo del sistema actual dirigido por la CCSS.

Con todo lo anterior, se acepta la teoría de los sistemas sanitarios, de que la tendencia de los sistemas de salud será la de construcción de sistemas mixtos con financiación y prestación de servicios compartida entre el Estado y el Sector Privado, aunque en Costa Rica no se podrá referirse aún sobre la regulación.

Dicha transformación, también lleva a la posibilidad de que lo admirable del sistema de salud costarricense de ser un sistema altamente integrado, se pueda fragmentar en un futuro con la apertura de los seguros privados de riesgos y de salud, lo cual podría reforzar la deslealtad al sistema público y con ello la legitimidad de su modelo de financiamiento actual.

Sin embargo, la transformación del sistema de salud de un sistema de seguridad social con provisión estatal a uno puramente privado, es casi imposible en Costa Rica, por los

valores institucionales y democráticos que para la ciudadanía representa la CCSS. Estos valores que poseen los mismos empresarios nacionales involucrados en el sector privado conjuntamente con la fuerza de la defensa de la CCSS que ha realizado el movimiento sindical así como el reconocimiento de la importancia de la institución por parte de la burocracia a su cargo, han impedido históricamente, una privatización en las velocidades y dimensión que se dieron en el resto de América Latina, como fueron los casos analizados de Colombia y El Salvador.

Lo que si se observa es que el desarrollo del sector privado inició de manera sutil y hoy se ha convertido en un complemento importante en el sistema de salud y de seguir los problemas de la calidad del servicio en la CCSS, podría convertirse, el sector privado en un fuerte competidor con la CCSS, como lo son es en la actualidad, la competencia de la educación pública y la privada.

Por otro lado, la desigualdad en el acceso de los servicios públicos, podría traducirse en el difícil acceso que tienen las personas que no pueden pagar servicios privados y que tienen que sujetarse a largas filas de espera, incluyendo en el área de emergencias. Todo esto frente aquellas personas que tienen recursos para optar por mejores servicios en el sector privado aunque también esto se ha dado con personas con menores recursos que se endeudan con el fin de garantizar un servicio oportuno y eficiente.

En ese sentido, se resalta el informe de la OPS, cuando se refiere a los "resentidos del sistema" es decir aquellos que optan por el servicio privado, son los que sostienen con sus cuotas otorgadas, la principal financiación de la CCSS.

Contradictoriamente, en el análisis de la implementación de reforma, se observa que los Gobiernos han desatendido de manera ilegal el pago de la deuda con la CCSS, tanto de la originada por el traspaso de funciones del Ministerio de Salud a la CCSS, como la aplicable a las cargas sociales y las que debe atender en caso de déficit.

Dicha deuda del Estado que se ha ido acumulando a la fecha es inmanejable para el Gobierno por los problemas fiscales que atraviesa en la actualidad, lo cual también afecta a la CCSS, pues son ingresos muy necesarios para la CCSS. Este incumplimiento del Gobierno ha afectado seriamente la situación financiera de la CCSS y por ende, las políticas públicas de salud.

Sin embargo, de lo allí dispuesto se extrae un principio que se ha violentado históricamente, el principio de subsidiariedad estatal, el cual se ha topado en la práctica con dificultades, y el Estado se erige como el principal moroso consuetudinario como bien lo ha citado Oscar Valverde en su análisis jurídico de la seguridad social. (Valverde, 2010)

Uno de los aspectos que más han llamado la atención, es que sea un organismo internacionales (OPS), el que diera la alarma en el año 2011, sobre la seria problemática financiera que atravesaba la CCSS, lo cual refuerza la importancia de los organismos internacionales en el seguimiento de las políticas públicas de salud, dentro de los cuales se dieron posturas pro mercado y otras posturas pro mejora de la política pública por las características especiales del sistema de salud costarricense.

Otro actor trascendental, es el gremio de los profesionales en ciencias médicas, quienes gozan de salarios altos y en diferencia con el resto de funcionarios del Estado, no tienen prohibición de trabajar en el sector privado. Esta posibilidad de trabajar simultáneamente en el Estado como en el sector privado, ha generado una mezcla de servicio entre estatal y público, lo que en Costa Rica, denominan los "biombos", que se refieren que algunos servicios el médico lo realiza en su clínica privada y otros servicios al mismo paciente, los refiere a los establecimientos de la CCSS.

Aunque sin duda, este es un fenómeno de la corrupción, ha permitido una entrada de los ciudadanos al sector privado quienes pagan de su bolsillo dichos gastos privados con el fin de ser atendidos rápidamente.

Los gremios han logrado realizar muchos eventos y marchas, en un llamado a la "defensa de la CCSS", sin embargo, aunque llevan razón en cuanto a la importancia social de esta institución, no se observan propuestas de mejoras profundas en el quehacer institucional a y más bien, una actitud pasiva y hasta de indiferencia con el crecimiento del mercado privado de la salud.

Un actor que aunque pareciera mantenerse al margen de las políticas públicas, pero que ha favorecido en cambios en la financiación y prestación de los servicios de salud, son las empresas transnacionales y nacionales, las cuales han instalado complejos centros de servicios con altas tecnologías y que han ido de manera paulatina brindado todo tipo de servicios en

distintos niveles de atención, primero en la capital y ya se han notado también en los puntos principales del resto de provincias.

Conforme se ha ido generando, el debate de la CCSS, ha abierto un diálogo nacional, que se desarrolló a finales de la Administración Chinchilla, en los cuales pude participar y observar que el ciudadano no discute la existencia o no de la CCSS pero sí exige la calidad de los servicios en sus nuevas demandas y una mayor participación en la formulación de las políticas de salud.

Los logros alcanzados en materia de salud, comprometen aún más a la CCSS en mantener dichos indicadores, lo cual exigirá mucho esfuerzo institucional ante una transformación en la demanda de los servicios originados en cambios significativos en el perfil epidemiológico de la población costarricense, una mayor población envejecida, un crecimiento de atenciones que requieren recursos tecnológicos de sumo costo.

Dichos esfuerzos en medio del crecimiento de una economía informal con signos de llegar a estadísticas de desempleo preocupantes y de una crisis financiera que aunque algunos jerarcas de la CCSS informen que ha pasado, lo cierto, es que persisten los problemas de atención y los factores determinantes de la crisis aunque con algunos esfuerzos reflejados en el control de la morosidad y en el ahorro del gasto que en cierta forma también repercute en el servicio al ciudadano.

Nótese, que si bien es cierto que el Gobierno ha iniciado una inyección de recursos para honrar la deuda con la CCSS, no ha sido ni suficiente, ni permanente, como para lograr equilibrar la situación financiera de esta institución, tal y como ha expuesto, la actual Presidente Ejecutiva, la Dra. Sáenz, en una entrevista dada al Periódico La Nación en el mes de junio de 2014, en la cual informa que la CCSS sigue en "cuidados intensivos", una forma de dar entender la problemática financiera.

Desde la teoría del Estado de Bienestar y de las políticas públicas, el análisis nos permitió conocer cambios significativos originados por un cuestionamiento paulatino de la legitimidad de sus instituciones y bajo el discurso de la incapacidad financiera y de desempeño del Estado en seguir brindando de manera universal y solidaria los servicios más trascendentales que permitieron la construcción del Estado de Bienestar Costarricense, como es el caso de la salud.

El movimiento sindical para la defensa del sistema de seguridad, han promovido un discurso influyente, que en el fondo es una lucha por el "status quo" de la CCSS sin incorporar en sus propuestas la mejora de los servicios que brinda, su posición ha sido delegar las responsabilidades de los problemas de la CCSS a la élite política y a los organismos internacionales sin prestar atención a factores internos de la CCSS que también han sumado a su crisis.

Es así que conforme lo expuesto anteriormente, los objetivos de la investigación se cumplieron en la presente investigación.

La contrastación de las hipótesis, se comprueban de la siguiente forma.

- El deterioro de los servicios de la CCSS por los problemas que sufre esta institución, han favorecido una mayor preferencia de los ciudadanos hacia los servicios privados.
- El sector privado de la salud ha crecido exponencialmente con el fortalecimiento de todo tipo de servicios, hospitales, universidades, clínicas, laboratorios, ante la demanda de los servicios privados y el aumento de los gastos de bolsillo de los ciudadanos.
- Los ciudadanos que acuden al sector privado, son los mismos que aportan la mayor contribución al sector de salud, lo que podría presentar a futuro, una presión de los "resentidos del sistema" hacia otras opciones de aseguramiento más individualistas, lo cual pone en peligro los principios de solidaridad y universalidad que crearon el seguro de salud en Costa Rica.
- La apertura de los mercados de seguro de salud establecidos en el TLC, proyecta una preparación de las empresas aseguradoras transnacionales que ya se instalan en Costa Rica para introducir sus productos.
- De todo lo antes expuesto, se confirman las hipótesis propuestas en esta investigación, al comprobarse los cambios en la prestación de servicios y en la financiación, reflejados en un mercado creciente y complementario en el sistema de salud y el riesgo futuro del quebranto de los principios de solidaridad y universalidad.

- Las políticas públicas de salud se encuentran condicionadas por un contexto complejo de actores que hacen difícil el abordaje de soluciones y propuestas aunque el rol de los actores convergen al menos en principio, en la defensa del seguro de salud de la CCSS de acceso universal, pero difieren en cuanto a la eficiencia del gasto por sus repercusiones directas en la atención.
- Por otro lado, los organismos internacionales intentaron en la Reforma de 1990, buscar nuevos mecanismos de prestación y financiación privada, sin embargo, en el nuevo siglo, la Organización Panamericana de la Salud, se ha convertido en un asesor garante del sistema universal de Costa Rica. Los organismos internacionales han estado siempre presente en las políticas públicas de salud.
- Los sindicatos, se oponen a cualquier intento de privatización y luchan por mantener su status quo sin recomendar mejoras profundas a la problemática de la CCSS, de la cual culpan a los políticos de turno que han dirigido a la CCSS.
- Los ciudadanos demandan una mayor participación en las políticas públicas a nivel nacional y local, siendo el principal actor que concuerda en la importancia de la CCSS aunque con tendencia de cambio en su percepción al respecto.
- La Sala Constitucional, se convierte en un actor clave en la garantía al derecho de la salud, exigiendo a la CCSS por la prestación de servicios que han dado largas en su atención o resolución.
- Finalmente y así lo ha aceptado el mismo Ministerio de Salud y las entrevistas con expertos, se comprueba la última hipótesis sobre las debilidades latentes en la capacidad reguladora del creciente mercado de la salud, al cual se ha dejado operar, conforme las fuerzas de la competencia y en cuanto a gastos de bolsillo.

Conforme todo lo anterior, el sistema de salud costarricense, evoluciona hacia un sistema mixto que incorpora además de un importante financiamiento derivado de cotizaciones al Seguro de Salud aportado por los trabajadores y las empresas, un crecimiento en la

financiación privada (pagos de bolsillo y en el futuro próximo de pólizas de seguro) así como el crecimiento de la provisión privada (clínicas privadas y corporaciones sanitarias privadas).

El rol del Estado Costarricense es menor en la regulación, en comparación con otros sistemas nacionales de salud, donde tampoco se llegan a conocer políticas regulatorias para proteger al ciudadano frente al mercado.

## CONCLUSIONES.

1. La globalización económica inspirada en principios neoliberales así como la incorporación de las nuevas tecnologías y conocimientos en la producción y suministro de servicios, ha permitido al sector privado fortalecerse con mayor flexibilidad y velocidad que en tiempos anteriores, de lo cual no queda duda, que los servicios de salud, también han llegado a formar parte de esa aceleración económica y tecnológica que ha generado un mayor crecimiento del mercado de la salud.
2. La privatización en América Latina, ha sido considerada la pieza central de reforma económica, región que se ha insertado en la economía mundial, manteniendo sus enormes problemas de gobernabilidad y corrupción, a la vez que se suscriben Tratados de Libre Comercio, creciendo la distancia entre el sector moderno globalizado de la economía y la incapacidad política de combinar inversión y redistribución, eficiencia y equidad. Los procesos de privatización iniciados en la década de 1990, además de fundamentarse en la promoción del desarrollo y el aumento de la equidad, tanto en el ingreso como en el acceso a los recursos, se fundamentó en los fallos del Estado y la crisis fiscales que sufría la región.
3. Costa Rica, considerado un país ejemplar en la construcción de un Estado que atendía las demandas de seguridad y protección social, gracias al consenso que logró entre las fuerzas políticas y religiosas de la década de 1940, vio crecer instituciones sociales, económicas y políticas que con el tiempo se convirtieron en protagonistas de la construcción del Estado de Bienestar Costarricense con una orientación ideológica clara y definida de la social democracia que en materia de salud construyó una historia de universalización de los servicios de salud a partir de 1970. Con la crisis de 1980, Costa Rica, al igual que el resto de la región, comienza a someterse al cuestionamiento sobre la sostenibilidad de los Estados de Bienestar así observado en las políticas concretas de reducción del gasto para detener por ejemplo el “descalabro de las finanzas del sector salud”.

4. Dentro de ese cuestionamiento, comienzan a darse los recortes presupuestarios y la movilidad de funcionarios del sector público, del cual no estuvo ajeno el Ministerio de Salud, que empezó a mostrar bajas sensibles en su presupuesto financiado por impuestos. Así surge, la reforma de salud, de la década de 1990, con el fin de trasladar con cargo a las cuotas de cotización, los servicios de atención primaria. Con el tiempo, esta nueva responsabilidad dada a la CCSS, presionaría por la demanda de los servicios y los costos elevadísimos de la atención primaria, ya de por sí, saturada de los gastos del segundo y tercer nivel del modelo de atención de la salud costarricense y ante un cambio demográfico de mayor envejecimiento y de un nuevo perfil epidemiológico que demandará más gastos por parte de la CCSS.
5. Asimismo, conjuntamente con la falta de planificación estratégica, se tomaron en la CCSS, una serie de decisiones que derivaron posteriormente en serios problemas de financiamiento como el incremento desmedido de la planilla, pluses salariales y otros privilegios de los funcionarios de la institución. Todo esto al punto de estallar la crisis de esta institución en el año 2011 evidenciado en el deterioro de los servicios de salud de la CCSS.
6. Paralelamente, en ese mismo tiempo, se empezaba a dar un cambio paulatino: el aumento del peso del mercado privado de servicios de salud, favorecido por colectivos que contaba con recursos para resolver de forma privada sus problemas de salud. El deterioro de los servicios de salud de la CCSS, incentivaría cada vez más a los ciudadanos a utilizar los servicios privados, conforme su capacidad de pago lo permitiera y en otros casos, con endeudamientos personales, pues no se ha desarrollado en el país, el mercado de seguros privados de salud, apenas incipiente en esta década pero que comprueba signos de fortalecerse en el corto plazo dadas las garantías permitidas por el Tratado de Libre Comercio.
7. En el análisis de las encuestas nacionales y demás estudios de percepción de los ciudadanos, se nota dos efectos: a) Una parte creciente de la sociedad costarricense, aunque no necesariamente mayoritaria, estaría en posición de cubrir esas necesidades privadamente, o las estaría cubriendo ya, mientras que,

- b) simultáneamente, estaría contribuyendo a la financiación de unos servicios de salud, que ya no considera necesarios.
8. Pocos jefes de la CCSS, han advertido sobre la fuerte presión que tiene esa institución para que no funcione ante el fortalecimiento de la medicina privada y la apertura de seguros, pese a que no señaló cuáles son esos actores. Realmente, no se comprueban acciones sobre el abordaje de los Gobiernos al fenómeno del mercado privado de la salud, por eso fue importante acudir a la teoría de las políticas públicas, en especial en el análisis de las dimensiones y roles de los actores.
  9. De los foros analizados, es evidente el gran interés y motivación que tiene el sector privado en seguir con fuerza el crecimiento y empuje de la salud privada, sin que se observe, interés por parte de ninguno de los actores, de dismantlar a la CCSS y sustituir radicalmente el actual sistema de aseguramiento de la salud. Los sindicatos de los profesionales de las Ciencias Médicas, por otro lado, han logrado presionar para que las políticas públicas, sigan la senda estructural de la CCSS y tienen gran influencia en la percepción ciudadana por la lucha de la defensa de la CCSS, manifestada en distintas marchas públicas alcanzadas con un exitoso grado de organización. Los ciudadanos, reclaman procesos de mayor participación y muestran pese un gran reconocimiento a la importancia de la CCSS para mantener el sistema democrático nacional, los ciudadanos han encontrado en la Sala Constitucional, un actor relevante obligar a la CCSS a adoptar ciertas políticas.
  10. El que la OPS se encargaría de la supervisión del proceso de reforma de la década de 1990 y sobre los estudios detonantes realizados en el año 2011, muestra la influencia de la globalización en los planes políticos y sociales en materia de salud.
  11. La crisis de la CCSS y el fortalecimiento del sector privado, se ha comprobado que son temas que alcanzan gran notoriedad pública, así observado en los medios de comunicación y ahora con mayor impulso en las redes sociales. En el análisis de estos medios de comunicación, se observó como este fenómeno de la salud ha persistido en el tiempo, lo cual augura que la transformación del

sistema ha sido un proceso de largo plazo y que la privatización de la salud ha tenido un alcance diferente y menos veloz que el dado en la educación.

12. A largo de la investigación, no se comprueba una regulación gubernamental del sector privado de la salud, así lo acepta el mismo Ministerio de Salud, situación que hace difícil la gobernanza del sistema, ante la presencia de grupos privados, ciudadanos, el mismo Gobierno, la Sala Constitucional, todos jugando un papel indispensable en el sistema con una débil rectoría de quien compete esa función.
13. Comparte esta investigación, lo expuesto por algunos autores, de que el sistema de salud costarricense, el cual según las leyes actuales, se integra en un único seguro de la salud administrado por la CCSS, tiende en la realidad, hacia un difuso sistema mixto y fragmentado, ante el crecimiento del sector privado, el auge de los seguros de salud y riesgos que ha elevado los servicios del Instituto Nacional de Seguros que cuenta con su propio hospital de traumas para riesgos laborales y la contratación de servicios privados de laboratorio, exámenes y hasta de operación de los EBASIS (primer nivel de atención).
14. Los distintos actores de la política pública de salud, han sido proclives de que sistema de salud siga centrado en la CCSS, por eso a pesar de las crisis, se ha defendido el derecho de los ciudadanos a la salud garantizada por el Estado de manera universal e igualitaria, algo que lamenta el sistema colombiano y por el cual trabaja arduamente El Salvador.
15. En el análisis de la investigación, han sido importantes, las teorías del neo-institucionalismo, ya que desde el enfoque del “*path dependence*”, los burócratas de la CCSS y su organización sindical, estaría aludiendo a la existencia de resistencias al cambio de parte de determinadas instituciones, como fueron el rechazo total a las recomendaciones de la Comisión de Notables. Igualmente, y ligado al punto anterior, desde el enfoque del “*Increasing return effect*”, la CCSS ha desarrollado una serie de mecanismos para continuar con las inercias propias de un camino ya iniciado, y por lo tanto, a la dificultad que tienen el resto de los actores para salir de ese camino y reforzar su funcionamiento y poder continuar cumpliendo con sus cometidos

16. La OPS ha señalado que en un “correcto estado de las cosas”, el aseguramiento privado en salud mantendrá su naturaleza como complementario y no sustitutivo del Seguro de Salud de la CCSS pero este “correcto estado de las cosas” dependerá del aumento de la de la contribución a la seguridad social, el apoyo financiero del Gobierno, la ejecución adecuada de las medidas disuasorias a la evasión, y provisión de servicios adecuada en términos de calidad y oportunidad en cuanto a factores internos de la institución, pero las finanzas de la CCSS dependen de la economía del país que hoy refleja serios problemas de desempleo, trabajo informal, crisis fiscal, corrupción en ambos bandos, público y privado y el crecimiento de la desigualdad social, también reflejada en el acceso de servicios de salud, oportunos y de calidad.
  
17. La importancia que tendrá el sector privado en el sistema de salud, dependerá del impulso de las políticas públicas a nivel de Estado y no aisladas en una sola institución. Dependerá también de la fuerza de los actores que apoyen los principios de solidaridad y cobertura universal que se propuso el Estado de Bienestar Costarricense hace más de 40 años, para mantener la legitimidad y credibilidad de los ciudadanos que empiezan a pensar en otras opciones ante los fallos del Estado y de la CCSS.



## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, L. F. (1992). *La hechura de las políticas*. México D.F.: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Alemán, C., & Fernández, T. (2006). *Política social y Estado de Bienestar*. Valencia: Tirant, Le Blanch.
- Andersen, E. (2002). *The sustainability of welfare state 21 century*.
- Andrea, R. (8 de Febrero de 2015). Costa Rica está para más . *El Financiero* , pág. 22.
- Araya, J. (11 de Febrero de 2005). Estudios muestran mitos de la privatización de servicios públicos. *Semanario Universidad* , pág. 12.
- Arias, C. (1 de Febrero de 2015). El margen fiscal de Costa Rica se agotó . *El Financiero* , pág. 18.
- Ávalos, Á. (1 de Febrero de 2015). 600 enfermos esperan una cirugía de corazón o pulmón . *La Nación* , pág. 4A.
- Ávalos, Á. (25 de Diciembre de 2014). CCSS ampliará compras por \$1,5 millones a empresa cuestionada. *La Nación* , pág. 6A.
- Ávalos, Á. (28 de Agosto de 2013). CCSS pedirá al Estado cubrir costos de todos los Ebaís. *La Nación* , pág. 4A.
- Ávalos, Á. (27 de Agosto de 2014). Crisis de quirófanos desetapa fallas en los hospitales de la CCSS. *La Nación* , pág. 4A.
- Avalos, A. (01 de Enero de 2015). Dos millones de ticos insatisfechos con CCSS. *Diario La Nación* , pág. 4A.
- Ávalos, Á. (18 de Noviembre de 2014). El México ya tiene listos 9 quirófanos provisionales. *La Nación* , pág. 12A.
- Ávalos, Á. (29 de Enero de 2015). Estado pide prestados \$417 millones para pagar a CCSS. *La Nación* , pág. 8A.
- Ávalos, Á. (14 de Octubre de 2013). Finanzas de la CCSS siguen conectadas al respirador. *La Nación* , págs. 4A - 5 A.
- Ávalos, Á. (9 de Febrero de 2015). Gremios piden revisar función de gerencias de la CCSS. *La Nación* , pág. 12a.
- Ávalos, Á. (9 de Noviembre de 2014). Los temas de la CCSS son temas país. *La Nación* , pág. 10A.
- Barahona, M., Gallardo, R., & Sojo, C. (2000). *Concertación Nacional en Costa Rica 1998: Balance y propuestas*. San José: PNUD.
- Barrantes, A. (14 de noviembre de 2013). Desigualdad tica es una de las más altas en Latinoamérica. *La Nación* , pág. 5A.

- Barrientos, A. (2011). Latin American: towards a liberal-informal welfare regime. *Economía Política FLACSO* , 121-155.
- Benedicte, B. (2008). *Globalización, estado y privatización* . San José: FLACSO.
- Benítez, J. J. (27 de Agosto de 2014). No hay red, solo un listado de hospitales. *La Nación* , pág. 5A.
- BID. (1996). *Informe Anual*. Washington: EE.UU.
- Brenes, C. (22 de Octubre de 2012). Ciencias de la salud caza inversiones. *El Financiero* , pág. 8.
- Brenes, C. (22-28 de Octubre de 2012). Hospitales privados siguen creciendo. *El Financiero* , pág. 12.
- Briceño, R. (2008). *Gasto privado en Centroamérica*. Managua: Estado de la Región.
- Bruno, D., & Subirats, J. (2014). *Decisiones públicas: Análisis y estudios de los procesos de decisión en políticas públicas*. Madrid: Ariel Ciencias Sociales.
- Bruse, K. (1993). *The World Bank and the International health policy: genesis, evolution and implications*. . London: London School of Economics.
- Calderón, R. Á. (1941). *Exposición de motivos del proyecto de ley para establecer el seguro social obligatorio*. San José: Asamblea Legislativa.
- Camacho, D. (1993). Costa Rica: Virtudes y vicios de una democracia perfecta. *Democracia y democratización en Centroamérica* , 150-160.
- Castañeda, T. (1990). Comentarios. *Política Económica* , 5-10.
- Castaño, R., Arbelaez JJ, G., & U, M. (2001). *Evolución de la equidad en el sistema colombiano de la salud*. . Santiago de Chile: CEPAL.
- Castells, M. (2003). *Es sostenible la globalización en América Latina?* Santiago: Fondo de Cultura Económica.
- CCP. (2009). *Nacimiento de inmigrantes extranjeros Costa Rica 1982-2008*. San José, Costa Rica: Centro Centroamericano de Población .
- CCSS. (1968). *Boletín Estadístico de los Servicios de Salud*. San José, Costa Rica : CCSS.
- CCSS. (2009). *Estados Financieros 2009 del régimen no contributivo de pensiones CCSS*. San José, Costa Rica : CCSS.
- CCSS. (2009). *Memoria Institucional 2008*. San José, Costa Rica: CCSS.
- Censos, D. G. <http://www.digestyc.go.sv>.
- Cerdas, R. (2010). Democracia y Seguridad Social en Costa Rica. Necesidad de un camino propio. . En G. Miranda, *La construcción de la Seguridad Social* (págs. 343-363). San José: EUNED.
- Chacón, A. (30 de julio de 2014). Las cuentas no están en rojo, pero están tablas (Entrevista a presidenta ejecutiva CCSS, María del Rocío Saénz. *Semanario Universidad* , págs. 6-7.

- Cisneros, M. F. (23 de Noviembre de 2014). Viraje en nicho de seguros de salud, a la vista . *El Financiero* , pág. 22.
- Clark, M. (2002). Health Sector Reform in Costa Rica: Reinforcing a Public System. *The Politics of Education and Health Reforms* , 2-8.
- Claus Wendt, L. F. (2009). Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison. *Social Policy & Administration* , 70-90.
- CONARE. (2014). *XX Informe del Estado de la Nación* . San José, Costa Rica : CONARE.
- Crece desempleo en Costa Rica. (23 de Febrero de 2015). *El Financiero* , págs. 6-7.
- Daniel, M., Donlom, T., & Bollyky, T. (28 de Diciembre de 2014). Un cambio de rumbo a la salud mundial . *La Nación* , pág. 20A.
- Deeg, R. (2005). Change from within: German and Italian finance in the 1990s. En Streek, & Thelen, *Beyond continuity: Institutional change in advanced political economies*. New York: Oxford University Press.
- Deficits fiscales de los últimos 5 años más hundidos a Costa Rica en deudas crecientes. (14 de Noviembre de 2013). *La Nación* , págs. 3-4.
- Días, L. E. (18 de Diciembre de 2011). Ileana Balmaceda: Hay grandes intereses para dañar a la CCSS. *La Nación* , pág. 8A.
- Díaz, L. E. (29 de Enero de 2012). CCSS amplió en 6 meses prórroga para lograr acuerdos con morosos . *La Nación* , pág. 10A.
- Dror, Y. (s.f.). Salir del paso \*+`[.
- Dror, Y. (1964). Salir del paso ¿ciencia o incerticia? *Public Administration Review*, Volu 24 .
- Editorial. (17 de Noviembre de 2014). Desempleo y flexibilidad laboral . *La Nación* , pág. 40A.
- Editorial. (5 de Agosto de 2012). Modelo de Desarrollo. *El Financiero* , pág. 41.
- Fallas, C. (21 de Diciembre de 2014). Salud expande nichos de mercado . *El Financiero* , pág. 6.
- Fallas, H. (05 de Agosto de 2012). Hay que reorientar la estrategia. *El Financiero* , pág. 42.
- Fernández, P. A. (2006). *El Neoinstitucionalismo como instrumento de análisis del proceso de integración europea*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Field, M. (1973). The concept of the "health system" at the macrosociological level. *Social Science and Medicine* , 763-785.
- Freeman, R, a. M. (2000). Reforming healt care in Europe. *West European Politics* , 35-59.
- Garnier, E. (2006). El seguro de salud en Costa Rica: La encrucijada de un modelo exitoso. En O. Rodríguez, *Crecimiento, equidad y ciudadanía* (pág. 589). San José: Rodríguez, Oscar.

- Gómez, O. (2003). *Salud Pública y políticas nacionales de salud en Costa Rica*. San José, Costa Rica : EUNED.
- Gómez, S. (2005). *La tributación a la renta en el Istmo Centroamericano*. Santiago: CEPAL.
- González, J. (2000). *Eficiencia horizontal y eficiencia vertical del Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN)*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.
- Gough, I. (2003). *Capital global, necesidades básicas y política social*. Madrid: Nino y Davila.
- Gutiérrez, B. (2012). *El Estado de Bienestar de Costa Rica: Las perspectivas del Sector Salud y la Sostenibilidad de la seguridad social en Costa Rica*. Madrid, España: Editorial Academia Española .
- Habitantes, D. d. (2009). *Informe Anual de Labores 2008*. San José, Costa Rica : Defensoría de los Habitantes.
- Hacienda, M. d. (2013). *Diálogo Nacional en ruta hacia la consolidación fiscal. Agenda para un diálogo nacional*. San José: Ministerio de Hacienda.
- Hacker, J. (2005). Policy drift: The hidden politics of US Welfare State retrenchement. En W. Streek, & K. Thelen, *Beyond continuity: Institutional change in advanced political economies*. New York: Oxford University Press.
- Hómedes, N. (2002). *Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica*. Barcelona: Gaceta Sanitaria .
- Hómedes, N., & Ugalde, A. (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health policy* , 83-96.
- Industria de dispositivos y servicios médicos crece en el país. (23 de Febrero de 2015). *El Financiero* , págs. 4-5.
- INEC. (2009). *Generalidades de Costa Rica* . San José, Costa Rica : Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- INEC. (2009). *IX Censo Nacional de Población; Junio 2009*. San José, Costa Rica : INEC.
- Jaramillo, I. (2000). Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia. *Gaceta Sanitaria* .
- Jaramillo, J. (2004). *Historia y evolución del Seguro Social en Costa Rica: Su primer hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia*. San José: ENDASS-CCSS.
- Jaramillo, J. (2013). *La crisis en el seguro social de Costa Rica*. San José: UCR.
- Jiménez, R. (2006). Pobreza y políticas públicas: Reflexiones generales. En F. Herrero, & G. González, *Pobreza: Talón de aquiles del desarrollo costarricense* (págs. 99-111). San José: Procesos .
- Jordana, J. (2005). *Hacia un estado regulador latinoamericano? La difusión de agencias reguladoras autónomas, por países y sectores*. Barcelona: Fundación CIDOB.
- Ketehlhorn, N. (23 de Noviembre de 2014). El siguiente hospital . *La Nación* , pág. 31A.

- Lizcano, F. (2000). *Desarrollo Socioeconómico de América Central en la segunda mitad del Siglo XX*. México DF: Universidad Autónoma de México .
- Lindblom, C. E. (1991). *El proceso de elaboración de Políticas Públicas*. Madrid: MAP.
- Lowi, T. J. (1964). Políticas públicas, estudios de caso y teoría política. *World Politics*, XVI , 677-715.
- Mahoney, J., & Thelen, K. (2010). *Explaining institutional change: Ambiguity, agency and power*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Majone, G. (1997). From the positive to the regulatory states: causes and consequences of changes in the mode of governance . *Journal of Public Policy* , 139-67.
- Martínez, J. (1999). *Poder y alternativas: las agencias internacionales en las reformas del sector salud en Costa Rica*. San José: Anuario Centroamericano de Estudios Sociales .
- Martínez, J. (2006). *Regímenes de bienestar en América Latina: Cuáles y cómo son?* San José: Fundación Carolina.
- Mayntz, R. (1985). *Sociología de la Administración Pública*. Madrid: Alianza Madrid.
- Meltsner, A. J. (1972). La factibilidad política y el análisis de las políticas . *Public Administration Review*, No. XXXII , 859-867.
- Mendez, C., & Espinoza, E. (2001). *Es la contratación de servicios privados de salud por el sector público, la mejor opción en América Central par asegurar servicios más eficientes, equitativos y sostenibles?* San Salvador: Universidad de El Salvador .
- Mendoza, F. (2007). El nuevo institucionalismo histórico y las políticas sociales. *Polis* , 87-124.
- Meny, I., & Jean-Claude, T. (1992). *Las Políticas Públicas*. Barcelona: Ariel Ciencia Política .
- MINSAL. (2015). *Informe de Labores 2013-2014*. San Salvador : MINSAL.
- Miranda, G. (2003). *La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia .
- Mishra, R. (1998). Beyond the Nation State: Social Policy in Age of Globalization. *Social Policy and Administration* , 481-500.
- Molina, C. (2006). *Política fiscal y gobernabilidad en Costa Rica y El Salvador*. San José: Perro azul.
- Monge, B. (10 de noviembre de 2012). Los retos que Costa Rica no ha enfrentado. *Semanario Universidad* , pág. 21.
- Morales, S. (12 de Febrero de 2012). Consumo será más selectivo. *El Financiero* , pág. 4.
- Moran, M. (2000). Understanding the welfare state: The case of health care. *British Journal of Politics and International Relations* , 135-60.
- Moreno, L. (2000). *Ciudadanos precarios. La última red de protección social* . Barcelona: Editorial Ariel S.A.

- Moreno, R. (11 de Agosto de 2012). Para reducir las listas de espera en la CCSS. *La Nación* , pág. 34A.
- Mundial, B. (1993). *El Estado en un mundo de transformación*. Whashington: Banco Mundial.
- Muñoz de Bustillo, R. (2000). *El Estado de Bienestar en el cambio de siglo. Una perspectiva comparada*. Madrid : Alianza Editorial.
- Muñoz, A. (1987). *La razón de las reformas a la Caja Costarricense de Seguro Social*. Panamá: Tareas.
- Nación, P. E. (2009). *Décimoquinto Informe Estado de la Nación*. San José, Costa Rica : Programa Estado de la Nación.
- Nación, P. E. (2005). *Onceavo Informe Estado de la Nación*. San José, Costa Rica : PEN.
- OIT/OPS. (1999). *El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud*. México DF: OPS.
- OPS. (2011). *Informe sobre el Estado de Situación Financiera del Seguro de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social* . Washington : OPS.
- OPS/MISAL. (2014). *El Salvador en el camino hacia la cobertura universal de salud. Logros y desafíos*. . San Salvador : OPS .
- Ostrom, E. (1972). Propositions Derived from two traditions. *Metropolitan Reform Social Science Quarterly* , 474-493.
- Pardo, R. (1986). *Desarrollo y paz en Centroamérica*. Bogotá: Hopkins University.
- Paris, V. M. (2010). Health System Institutional Characteristic. A survey of 29 OECD countries. *OECD Health Working Papers No. 50* .
- PEN. (2005). *Estado de la Nación* . San José, Costa Rica: CONARE.
- Peter, G. (2003). *El Nuevo Institucionalismo. Teoría Institucional en Ciencia Política*. Barcelona: Gedisa, Editorial.
- Pierson, P. (2000). Increasing returns, path dependence and the study of politics. *The American Political Science* , 251-267.
- Pierson, P. (2000). *The new politics of the welfare state*. Oxford: Oxford University Press.
- Pierson, P., & Skocpol, T. (2008). El Institucionalismo Histórico en la Ciencia Política Contemporánea. *Revista Uruguaya de Ciencia Política* , 7-38.
- Planeación, D. N. (2002). *Política de prestación de servicios para el sistema de seguridad social en salud*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación .
- Prat, J. (30 de abril de 2012). Son cosméticas las medidas fiscales del plan B del Gobierno? *El Financiero* , pág. 6.
- Recio, P. (22 de Noviembre de 2014). Caja plantea 30.000 cobros judiciales. *La Nación* , pág. 7A.

- reforma, L. (15 de Febrero de 2015). *Salud Colombia*. Obtenido de <http://www.saludcolombia.com/actual/lareform.htm>
- Rodríguez, A. (2006). La cobertura de los seguros de invalidez, vejez y muerte. San José, Costa Rica .
- Rodríguez, A. (2013). *Privatización de la Salud Pública en Costa Rica y América Latina*. Heredia: EUNA.
- Rodríguez, M. Á. (2004). Justicia, solidez y racionalidad en la seguridad social costarricense del Siglo XXI. *Ensayos en honor a Fernando Trejos Escalante* , 69-70.
- Roldan, E., & García, T. (2006). *Políticas de Servicios Sociales*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Rosen, H. (2002). *Hacienda Pública*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Rosenberg, M. (1983). *Las luchas por la seguridad social en Costa Rica*. San José: Editorial CR.
- Rosero Bixby, L. (2004). Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Panam Salud Pública* , 94-103.
- Ruales, J. (2011). *Avances de Políticas Públicas en Salud en el último decenio y en el marco de la Reforma Sectorial en el Salvador*. San Salvador: OPS.
- Ruiz, G. (23-29 de abril de 2012). Preocupación abruma a notables de la CCSS. *El Financiero* , pág. 35.
- Saénz, L., & León, M. (1992). *Gasto de los hogares en servicios de salud privados de Costa Rica 1997-1998*. San José: Acta Médica Costarricense .
- Sáenz, M. d. (23 de Noviembre de 2014). La Caja y los retos de su pacto social . *La Nación* , pág. 31A.
- Sáenz, M. d., Acosta, M., Muiser, J., & Bermúdez, J. L. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud pública de México* , 156-167.
- Sáenz, R. (15 de Febrero de 2015). El impacto del modelo de salud costarricense. *La Nación* , pág. 30A.
- SALTRA. (2009). *Empoderamiento de migrantes recolectores de café en Costa Rica* . San José, Costa Rica : Salud y Trabajo en Centroamerica.
- Salud, M. d. (2004). *Análisis Sectorial de Salud*. San José: Ministerio de Salud .
- Salud, M. d. (2002). *Análisis sectorial de salud Costa Rica*. San José: Ministerio de Salud.
- Salud, M. d. (2014). *Dialogo nacional para el fortalecimiento del seguro de salud costarricense en el contexto de la salud pública*. San José : Ministerio de Salud.
- Salud, O. P. (2003). *Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica-situación actual, tendencias y retos*. San José: OPS.
- Salud, O. P. (2002). *Perfil del sistema de servicios del sector salud de Costa Rica* . San José, Costa Rica: OPS.

- Salud, O. s. (2011). *Posición de la organización sindical sobre Informe de la Comisión designada por la Casa Presidencial y ratificada por la Junta Directiva*.
- Sánchez de Dios, M. (2008). Comparación del Path Dependence del Estado de Bienestar de Estados Unidos, Suecia y España. *Estudios Políticos (Nueva Época)* , 95-128.
- Sánchez, D. (2006). Enfoque de Modelos de Capitalismo. *XXVI Congreso Internacional de Estudios para América Latina* . San Juan , Puerto Rico: Instituto de Estudios Latinoamericanos de Londres.
- Sauma, P. (2006). El mundo del trabajo y la pobreza en Costa Rica. En F. Herrero, & G. González, *Pobreza: Talón de aquiles del desarrollo costarricense* (págs. 123-128). San José: Procesos.
- Schieber, G. a. (1990). Overview of international comparison of health care expenditure. *OECD: Health Care System in Transition: The search for efficiency* , 99-115.
- Schmid, A. C. (2012). Explaining Health Care System Change: Problem, Pressure and the emergence of "Hybrid" Health Care Systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, No. 35 , 457-83.
- Sojo, C., & Pérez, J. P. (2002). Reinventar lo social en América Latina. *Desarrollo social en América Latina: temas y desafíos para las políticas públicas* , 13-62.
- Solís, L. G. (1993). La integración regional y los desafíos de sus relaciones internacionales. *Democracia y democratización en Centroamérica* , 100-115.
- Soto, E. (6 de Mayo de 2012). Medicina a crisis de CCSS sin efecto. *El Financiero* , pág. 35.
- Stiglitz, J. (2002). *Globalization and its discontent*. New York: Norton & Co.
- Stiglitz, J. (2000). *La economía del sector público* . Barcelona: Antoni Bosch.
- Streek, W., & Thelen, K. (2005). *Beyond continuity: Institutional change in advanced political economies*. New York: Oxford University Press.
- Subirats, J. (1994). *Análisis de políticas públicas y eficacia de la Administración*. Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas.
- SUGESE. (2010). *Registro de aseguradoras*. San José: SUGESE.
- Tarda, P. L. (15 de Febrero de 2015). <http://www.latarde.com/actualidad/colombia/>. Obtenido de <http://www.latarde.com/actualidad/colombia/>
- Touraine, A. (1993). Situación de Democracia en América Latina. En *Democracia y Democratización* (págs. 10-30). San José.
- Valverde, O. (2010). La estructuración jurídica progresiva de la Seguridad Social en Costa Rica. En G. Miranda, *La construcción de la Seguridad Social* (págs. 293-314). San José: EUNED.
- Vargas, E., & López, M. (4 de Marzo de 2012). Desmejoró la atención médica? *La Nación* , pág. 8A.
- Villasuso, J. M. (2000). *Reformas estructurales y política económica en Costa Rica*. Santiago: CEPAL.

- Villegas, H. (2010). Atención integral de Salud en Costa Rica. La década de los setenta: Desafíos y estrategias en el siglo XXI. En G. Miranda, *La construcción de la Seguridad Social* (págs. 235-253). San José: EUNED.
- Vizcaino, I. (30 de Diciembre de 2014). Áreas de Salud de CCSS atienden en edificios dañados. *La Nación* , pág. 5A.
- Vizcaíno, I. (22 de abril de 2012). CCSS mantiene ocioso millonario fondo para combatir el cáncer. *La Nación* , pág. 4A.
- Vizcaino, I. (23 de Noviembre de 2014). Cobro de CCSS hace difícil dar seguro a un empleado ocasional . *La Nación* , pág. 4A.
- Vizcaíno, I. (01 de Enero de 2015). Dos millones de ticos están insatisfechos con la CCSS. *La Nación* , pág. 4A.
- Vizcaíno, I. (2 de Noviembre de 2014). Emergencias desplazan las cirugías en lista de espera . *La Nación* , pág. 4A.
- Vizcaíno, I. (11 de Agosto de 2012). Fiscalía indaga a 5 personas por anomalías en compras de CCSS. *La Nación* , pág. 6A.
- Vizcaíno, I. (17 de Marzo de 2015). Hospital del Trauma opera a casi 50 accidentados por día. *La Nación* , págs. 4A-5A.
- Vizcaíno, I. (4 de Agosto de 2014). Ingresos de CCSS se quedan cortos para atender asegurados. *La Nación* , pág. 6A.
- Vizcaíno, I. (2 de Febrero de 2015). Salarios complican extender horario en quirófanos de CCSS. *La Nación* , pág. 4A.
- WHO. (2009). <http://www.who.int/countries/slv/es/>.
- Yañez, L. (1989). *Informe Sandford: Pobreza, conflicto y esperanza: Un momento crítico para Centroamérica*. Madrid: Instituto de Cooperación Iberoamericana.



ANEXOS:

**Cuestionario de la Encuesta Nacional de Percepción de la población costarricense.**

# de hoja \_\_\_\_\_ # de teléfono \_\_\_\_\_ # Verificado \_\_\_\_\_ Nº Cuestionario:

UNIVERSIDAD NACIONAL						
IDESPO – ABRIL 2009						
Teléfonos: 2562-4130 / 2562-4132						
PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN COSTARRICENSE SOBRE EL ESTADO DE BIENESTAR						
Y ALGUNAS SITUACIONES SOCIALES QUE AFECTAN AL PAÍS						
A.	Entrevistador/a: _____					
Buenos días/tardes/noches. Mi nombre es _____. Le llamo de parte del Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO) de la Universidad Nacional. Quisiéramos conversar con alguna persona de 18 años o más costarricense o extranjera (con dos o más años de residir aquí en el país), que viva en esa casa, sobre algunos aspectos relacionados con la problemática social del país. Por lo tanto, le agradecería me dedicara algunos minutos de su tiempo para que conversemos al respecto. La información que me brinde es confidencial. <b>GRACIAS</b>						
B.	Sexo:	1. Hombre    2. Mujer				
C.	Edad en años cumplidos:					
I	<b>ESTADO DE BIENESTAR</b>					
1	Cuánto considera usted que el Estado costarricense garantiza a toda la población el derecho a:					
		<b>Mucho</b>	<b>Poco</b>	<b>Nada</b>	<b>No sabe (No leer)</b>	
<i>a</i>	Salud	1	2	3	8	
<i>b</i>	Vivienda	1	2	3	8	
<i>c</i>	Empleo	1	2	3	8	

<b>d</b>	Educación	1	2	3	8
<b>e</b>	Justicia pronta	1	2	3	8
<b>f</b>	Vigilancia del cumplimiento de los derechos humanos	1	2	3	8
<b>2</b>	¿Considera usted que el Estado costarricense promueve políticas efectivas en la generación de empleo?	1. SI    2. NO 8. NO SABE (No leer)			
<b>3</b>	A continuación le voy a leer una serie de situaciones, quisiéramos conocer su opinión acerca de cuánto (mucho, poco o nada) el desempleo influye para que en el país exista:				
		Mucho	Poco	Nada	No sabe (No leer)
<b>a</b>	Pobreza	1	2	3	8
<b>b</b>	Menor acceso a la educación, salud y vivienda	1	2	3	8
<b>c</b>	Desigualdad entre ricos y pobres	1	2	3	8
<b>d</b>	Empleo informal (trabajos sin contratos laborales / sin garantías sociales)	1	2	3	8
<b>e</b>	Opciones ilícitas de ganar dinero	1	2	3	8
<b>f</b>	Mayores problemas sociales (delincuencia, drogas)	1	2	3	8
<b>g</b>	Cierre de empresas en Costa Rica por mano de obra más barata en otros países	1	2	3	8
<b>h</b>	Profesionales sin oportunidades de empleo	1	2	3	8
<b>i</b>	Otro (especifique) _____	1	2	3	8
<b>4</b>	En su opinión, cuán efectivos son los programas del Estado costarricense para la inserción laboral en las siguientes poblaciones:				
		Muy efectivas	Efectivas	Poco efectivas	No conoce (No leer)
<b>a</b>	Indígenas	1	2	3	8
<b>b</b>	Mujeres	1	2	3	8
<b>c</b>	Migrantes	1	2	3	8
<b>d</b>	Mujeres migrantes	1	2	3	8

<b>e</b>	Juventud	1	2	3	8	
<b>f</b>	Discapacidad física o mental	1	2	3	8	
<b>g</b>	Desempleados	1	2	3	8	
<b>h</b>	Pobres	1	2	3	8	
<b>5</b>	¿Cuando usted piensa en los derechos humanos, qué es lo primero que se le viene a la mente?					
<b>6</b>	En su opinión, ¿cuán frecuente se presentan en Costa Rica las siguientes situaciones?					
		<b>Siempre</b>	<b>Periódicamente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Nunca</b>
<b>a</b>	Noticias de sucesos violentos	1	2	3	4	5
<b>b</b>	Crimen organizado	1	2	3	4	5
<b>c</b>	Tráfico de armas	1	2	3	4	5
<b>d</b>	Abandono familiar	1	2	3	4	5
<b>e</b>	Tráfico de personas	1	2	3	4	5
<b>f</b>	Secuestros express	1	2	3	4	5
<b>g</b>	Tráfico ilícito de migrantes	1	2	3	4	5
<b>h</b>	Otro (especifique) _____	1	2	3	4	5

<b>7</b>	Cuando usted piensa en Costa Rica, cuán cierto considera usted que suceden las siguientes situaciones:	<b>Enteramente cierto</b>	<b>Pocas veces suceden</b>	<b>No es cierto</b>
<b>a</b>	Se respetan los derechos humanos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>b</b>	Es lugar de destino, tránsito y origen de la trata de personas	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>c</b>	Es un sitio de destino de mujeres de diferentes países para alimentar redes de prostitución	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>d</b>	En San José y en los sitios de mayor acceso turístico operan redes de prostitución	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>e</b>	Hay personas que son sacadas de sus comunidades para ser explotadas en labores agrícolas, sexuales y domésticas	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>f</b>	Se dan adopciones ilegales	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>g</b>	La mendicidad (gente que pide dinero en las calles) es un problema creciente e inevitable	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>h</b>	El tráfico de órganos de seres humanos es común	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>i</b>	Ofertas de empleo engañosas como trabajadora doméstica o como modelo, dentro o fuera del país	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>j</b>	Explotación de mano de obra masculina joven sin respetar los derechos laborales básicos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>k</b>	Falsas expectativas de empleo por medio de anuncios publicitarios en medios de comunicación	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>II</b>	<b>PERCEPCIÓN HACIA DIFERENTES PROBLEMAS SOCIALES</b>			
<b>8</b>	Costa Rica se caracteriza por recibir personas migrantes, cuando usted piensa en ello, en su opinión ¿cuál ha sido el principal beneficio y el principal problema que esto ha generado al país?			
<b>a</b>	Beneficio:			
<b>b</b>	Problema:			
<b>9</b>	Y en específico con las mujeres migrantes, en su opinión, ¿cuál ha sido el principal beneficio y el principal problema que esto ha generado para el país?			
<b>a</b>	Beneficio:			
<b>b</b>	Problema:			

<b>10</b>	Cree usted que en Costa Rica las mujeres migrantes tienen:	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
<b>a</b>	Iguals oportunidades que las mujeres costarricenses	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>b</b>	Acceso a servicios públicos (salud, educación y nutrición)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>c</b>	Derecho a tener vivienda propia	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>d</b>	Oportunidades de empleo	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>e</b>	Posibilidades de explotación sexual	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>f</b>	Posibilidades de explotación laboral	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>g</b>	Otro (especifique) _____	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>11</b>	De los siguientes aspectos que le voy a leer, por favor indíqueme en una escala de 0 a 5 (donde 0 es que no existe problema y 5 es un asunto urgente que atender), en su opinión cuán urgente es que en Costa Rica se atiendan las siguientes situaciones:			
	<b>Situaciones</b>	<b>Anote valoración</b>		
<b>a</b>	Violencia doméstica			
<b>b</b>	Migración extranjera			
<b>c</b>	Trabajo infantil (niños y niñas que trabajan)			
<b>d</b>	Pobreza			
<b>e</b>	Desempleo			
<b>f</b>	Mano de obra no calificada (personas que trabajan sin educación / ni formación)			
<b>g</b>	Turismo sexual			
<b>h</b>	Accidentes de tránsito			
<b>i</b>	Indigencia (personas que viven en la calle)			
<b>j</b>	Ofertas de trabajo engañosas que violen los derechos humanos			
<b>k</b>	Asaltos			
<b>l</b>	Delincuencia organizada			
<b>m</b>	Drogas			
<b>n</b>	Inseguridad de la población			
<b>o</b>	Otro (especifique) _____			

12	<p>En alguna oportunidad ha recibido usted, por medio de la Internet:</p> <p>a) Ofertas para trabajar fuera del país    <b>1. SI    2. NO    3. No aplica (no utiliza Internet)</b></p> <p>b) Invitaciones a vivir fuera del país    <b>1. SI    2. NO    3. No aplica (no utiliza Internet)</b></p>			
13	<p>¿Cuán cierta considera usted que es la siguiente expresión?: <i>“A jóvenes ticas les ofrecieron un buen trabajo en un bar en Japón. Cuando llegaron “sus patronos” les confiscaron el pasaporte y les cortaron cualquier línea de comunicación con amigos y familiares en Costa Rica. Sin hablar el idioma del país asiático, fueron sometidas no solo a encierros forzados, sino obligadas a mantener relaciones sexuales”.</i></p>	<p><b>1. Enteramente cierta</b>  <b>2. Exagerada</b>  <b>3. Falsa</b></p>		
III	<b>LA TRATA DE PERSONAS</b>			
14	<p>Cuando usted piensa en el tema de trata de personas, ¿qué es lo primero que se le viene a la mente? (ANOTE TODO LO QUE INDIQUE) <i>Si el o la entrevistada indica no saber, por favor pase a Pregunta 25</i></p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>		

15	¿Por qué medios se enteró de este tema?	SI	NO			
<i>a</i>	Comentarios de familiares o amigos	1	2			
<i>b</i>	Conoce a alguien que sufrió esa situación	1	2			
<i>c</i>	Por los medios de comunicación nacionales	1	2			
<i>d</i>	Otro (especifique) _____	1	2			
16	En su opinión, ¿cuáles son las poblaciones (costarricense o extranjera) que están en mayor riesgo de vivir una situación de trata de personas (retenidas y explotadas contra su voluntad)? <b>LEER CADA UNA DE LAS OPCIONES</b>					
	<b>Poblaciones</b>	<b>Costarricense</b>	<b>Extranjera</b>	<b>Anote todas las nacionalidades que indique</b>		
		SI	NO			
<i>a</i>	Niños	1	2	1	2	
<i>b</i>	Niñas	1	2	1	2	
<i>c</i>	Adolescentes	1	2	1	2	
<i>d</i>	Jóvenes	1	2	1	2	
<i>e</i>	Mujeres	1	2	1	2	
<i>f</i>	Varones	1	2	1	2	
<i>g</i>	Migrantes	1	2	1	2	
<i>h</i>	Personas desempleadas	1	2	1	2	
<i>i</i>	Adultos jóvenes con aspiraciones laborales	1	2	1	2	
17	En su opinión, ¿quiénes considera usted que son los principales explotadores en el asunto de la trata de personas? <b>ANOTE TODOS LOS QUE INDIQUE</b>					
18	¿Cuánto cree usted que contribuyen los siguientes factores a generar situaciones relacionadas con la problemática de la trata de personas?					

		Mucho	Poco	Nada	No sabe (No leer)
<i>a</i>	Crecimiento del turismo internacional	1	2	3	8
<i>b</i>	Tecnologías que facilitan la venta de servicios sexuales	1	2	3	8
<i>c</i>	Ganancias que genera la trata de personas a quienes la promueven	1	2	3	8
<i>d</i>	Crecimiento de la pobreza	1	2	3	8
<i>e</i>	Empresas con mano de obra barata y explotada	1	2	3	8
<i>f</i>	Falta de oportunidades a personas pobres y excluidas	1	2	3	8
<i>g</i>	Presencia creciente de turistas que vienen con otras costumbres y hábitos	1	2	3	8
<i>h</i>	Falta de acceso a los servicios de educación, salud y vivienda	1	2	3	8
<i>i</i>	Incapacidad de funcionarios públicos para abordar y resolver el problema	1	2	3	8
<b>19</b>	De las siguientes alternativas que le voy a leer, en su opinión, cuáles tareas debe asumir el Estado costarricense en el tema de la trata de personas:			<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>a</i>	Formular programas de atención a las víctimas			1	2
<i>b</i>	Construir albergues y refugios especiales			1	2
<i>c</i>	Desarrollar mecanismos de inserción o rehabilitación social			1	2
<i>d</i>	Implementar sistemas de atención, información y prevención			1	2
<i>e</i>	Otro (especifique) _____			1	2
<b>20</b>	Hablando del tema de la trata de personas, considera usted que el Estado cuenta con todos los mecanismos para:			<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>a</i>	Prevenir el problema			1	2
<i>b</i>	Proteger a las víctimas			1	2
<i>c</i>	Atender a las víctimas			1	2
<i>d</i>	Sensibilizar a las autoridades policiales y judiciales			1	2
<i>e</i>	Castigar a los traficantes y explotadores			1	2
<i>f</i>	Administrar justicia			1	2
<b>21</b>	En su opinión, ¿cuál es la razón que puede volver más vulnerable a una persona para convertirse en víctima de una situación de trata de personas? <b>ANOTE TODO LO QUE INDIQUE</b>				

22	De las siguientes medidas, por favor indique en orden de prioridad de 1 a 3 (donde 1 es mayor prioridad y 3 menor prioridad), en su opinión cuáles son las acciones que debe hacer el país en la problemática de trata de personas:	PRIORIDAD			
		1	2	3	
<i>a</i>	Investigar y procesar estos delitos	1	2	3	
<i>b</i>	Capacitar más a la policía en este tema	1	2	3	
<i>c</i>	Mayor protección legal y social a las víctimas	1	2	3	
<i>d</i>	Otro (especifique) _____	1	2	3	
23	Usted cree que las noticias de los medios de comunicación acerca del tema de la trata de personas:	SI	NO		
<i>a</i>	Dan a conocer la situación	1	2		
<i>b</i>	Utilizan un lenguaje comprensible	1	2		
<i>c</i>	Indican lo que se hace para mejorar el problema	1	2		
<i>d</i>	Exageran las situaciones	1	2		
<i>e</i>	Presentan la información de manera parcial	1	2		
<i>f</i>	Otro (especifique) _____	1	2		
24	En su opinión, ¿cuánto han contribuido las siguientes instituciones a prevenir la situación de trata de personas en Costa Rica?				
		Mucho	Poco	Nada	No sabe (No leer)
<i>a</i>	Defensoría de los Habitantes	1	2	3	8
<i>b</i>	Ministerio de Seguridad	1	2	3	8
<i>c</i>	Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU)	1	2	3	8
<i>d</i>	Patronato Nacional de la Infancia (PANI)	1	2	3	8
<i>e</i>	Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)	1	2	3	8
<i>f</i>	Ministerio de Trabajo	1	2	3	8
<i>g</i>	Poder Judicial	1	2	3	8
<i>h</i>	Dirección General de Migración y Extranjería	1	2	3	8
<i>i</i>	Ministerio de Salud	1	2	3	8
<i>j</i>	Ministerio de Educación Pública	1	2	3	8

k	Ministerio de Justicia	1	2	3	8
25	Y ya para terminar, ¿Qué es lo primero que se le viene a la mente cuando usted piensa en tráfico de migrantes?	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>DATOS PERSONALES</b>					
26	¿Cuál es el último grado /año de educación en la enseñanza formal que usted aprobó?	1. Ninguna 3. Primaria completa 5. Secundaria completa 7. Universitaria completa	2. Primaria incompleta 4. Secundaria incompleta 6. Universitaria incompleta 8. Para universitaria		
27	¿Cuál es su principal ocupación?  Anote: _____	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
28	¿Cuál es su estado civil?	1. Soltero (a) 4. Divorciado (a)	2. Casado (a) 5. Separado (a)	3. Unido (a) 6. Viudo (a)	
29	¿Cuál es su edad en años cumplidos?	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
30	Sin contar baños, pasillos ni garaje, ¿cuántos aposentos en total tiene su vivienda?	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
31	¿Cuántas personas en total viven en la casa?	<input type="text"/>		<input type="text"/> (Excluyendo a la empleada doméstica, en caso que la hubiera)	
32	¿Cuál es su relación con el jefe de hogar?	1. Soy yo (PASE A 35) 3. Cónyuge / compañero(a) Padre/madre 8. Otro Anote: _____	2. Hijo/hija 4.		
33	¿Cuál es la ocupación principal del jefe del hogar?  Anote: _____	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

<b>34</b>	¿Cuál es el último grado / año de educación que aprobó el jefe del hogar?	<b>1.</b> Ninguna	<b>2.</b> Primaria incompleta
		<b>3.</b> Primaria completa	<b>4.</b> Secundaria incompleta
		<b>5.</b> Secundaria completa	<b>6.</b> Universitaria incompleta
		<b>7.</b> Universitaria completa	<b>8.</b> Para universitaria

<b>35</b>	¿Aproximadamente cuál es el ingreso mensual familiar?	<b>1.</b> Menos de ₡100.000	<b>2.</b> De 100.000 a menos de 200.000
		<b>3.</b> De 200.000 a menos de 300.000	<b>4.</b> De 300.000 a menos de 400.000
		<b>5.</b> De 400.000 a menos de 500.000	<b>6.</b> De 500.000 a menos de 600.000
		<b>7.</b> De 600.000 a menos de 700.000	<b>8.</b> De 700.000 a menos de 800.000
		<b>9.</b> De 800.000 y más	<b>0.</b> N/R

<b>36</b>	Tienen en esa vivienda:	<b>SI</b>	<b>NO</b>
a	Televisor a color	<b>1</b>	<b>2</b>
b	Teléfono celular	<b>1</b>	<b>2</b>
c	Refrigeradora	<b>1</b>	<b>2</b>
d	Horno de microondas	<b>1</b>	<b>2</b>
e	Ducha para agua caliente	<b>1</b>	<b>2</b>
f	Tanque para agua caliente	<b>1</b>	<b>2</b>
g	Lavadora	<b>1</b>	<b>2</b>
h	Computadora	<b>1</b>	<b>2</b>
i	DVD (no de computadora)	<b>1</b>	<b>2</b>
j	Carro (no de trabajo)	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>37</b>	¿En qué cantón reside usted?		
<b>38</b>	Para efectos de supervisión, podría darme su nombre: _____		

**MUCHAS GRACIAS**



### **Diálogo Nacional para el fortalecimiento del Seguro de Salud Costarricense en el Contexto de la Salud Pública (Salud, 2014)**

Como se indicó anteriormente, la discusión sobre el Seguro de salud, ha abierto múltiples espacios, tanto académicos como institucionales, para el debate de la crisis que atraviesa. El Ministerio de Salud, en ese contexto, ha abarcado también el clamor de la población brindando un ambiente propicio de participación ciudadana en la toma de decisiones que promuevan la potencialidad del seguro de salud.

Es así que el Ministerio de Salud, implementó el Diálogo Nacional como una herramienta que permita realizar una consulta a nivel de población, para considerar las necesidades sentidas por las personas y por otro lado como un espacio para brindar oportunidades de vincular a los diferentes actores sociales.

Una de las justificaciones del diálogo, mencionadas por la Ministra de turno, Dra. Daisy Corrales, es la situación crítica experimentada por la seguridad social en el año 2011 y que los diagnósticos producidos con el fin de conocer las causas, han evidenciado retos y desafíos para la Seguridad Social de Costa Rica, siendo por tanto, importante conocer cómo ha sido la vivencia de esa crisis en el usuario directo.

Los principales temas de preocupación nacional que se abordaron en dicho diálogo fueron:

- Sostenibilidad Financiera de la seguridad social
- Gestión de los Recursos Humanos de la Salud
- Modelo de organizaciones y gestión del seguro de salud
- Modelo de atención de la salud a las personas
- Determinantes de salud.

En el Diálogo Nacional, el Ministerio de Salud se hizo acompañar por la Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Hacienda y la Organización Panamericana de la Salud y se realizaron las actividades en las siguientes comunidades:

Diálogo Nacional  
Comunidades visitadas  
Cantidad de participantes

Comunidades visitadas	Cantidad de participantes
Coronado	48
Barva	66
Santa Cruz	37
Turrialba	39
Quepos	58
Talamanca	41
Limón	48
San Vito	49
Pérez Zeledón	130
Cóbano	51
Los Chiles	51
San Ramón	101
Santa Cruz (Jóvenes)	43
Comisión de Agua con Arsénico	11

Comisión La Carpio	5
Total	777

Fuente: Diálogo Nacional, Ministerio de Salud, 2014

A continuación se resume la opinión de los ciudadanos según cada eje temático propuesto.

.- Eje temático: Recursos Humanos en Salud

En este eje, se hizo la siguiente pregunta: ¿Qué cualidades deben tener los funcionarios para satisfacer las necesidades de las personas que utilizan el seguro de salud?

Las respuestas se resumieron en cuatro grandes temas:

- .- Se requiere personal con vocación, mística, calidad humana y profesional.
- .- Se desea un personal con trato cálido, capacitado y con valores humanistas.
- .- La capacitación de los usuarios y funcionarios en comunicación asertiva y valores humanitarios.
- .- Se requiere personal de diferentes disciplinas en los centros de salud.

Dichas respuestas parten de respuestas importantes como que el seguro de salud de Costa Rica se caracteriza por ser un seguro universal, dirigido a cubrir solidariamente a todos, incluyendo a la población económicamente activa, los pensionados, los grupos vulnerabilizados. Igualmente, las sugerencias de los usuarios se centran en todo el sistema de salud, con claro énfasis en la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención (promoción y prevención), poner énfasis en la atención primaria, así como la importancia de atender la salud mental.

En ese sentido, señala las conclusiones del diálogo, que es notorio el énfasis que los usuarios demandan respecto a la calidad humana de la atención y al enfoque integral de la salud como un derecho.

.- Eje temático: Determinantes Sociales de la Salud

Sin duda, el sistema de salud es un determinante principal de la salud. Es por eso que se planteó en dicho eje, la siguiente pregunta: ¿Qué tendrían que hacer las personas y las instituciones, para mejorar la calidad de vida de la familia y la comunidad, de manera que haya mayor bienestar y equidad en el país.

De las respuestas, el Diálogo resume los siguiente:

- La comunicación, información y educación son necesarias para lograr un cambio de conducta que requiere el auto cuidado de la salud.
- Se requiere de una participación efectiva en la toma de decisiones y acciones que realizan en las instituciones del Estado, con un enfoque de corresponsabilidad social del usuario y derecho a la salud.
- Es necesaria la promoción de la salud centrada en estilos de vida saludables por lo que se requiere recursos, espacios e infraestructura para el deporte y la recreación.
- Es importante el empoderamiento de las Juntas de Salud que deben convertirse en promotoras y representantes de la sociedad civil en la toma de decisiones, junto con el desarrollo de auditorías ciudadanas que faciliten la rendición de cuentas.
- La falta de planificación urbana acarrea problemas en el abastecimiento y calidad del agua para consumo humano y se debe prestar atención a la recolección de residuos sólidos y a la calidad del aire.
- Las Municipalidades deben ser líderes de los procesos de cambio para lograr un empoderamiento real y seguimiento de acciones en la articulación institucional en cada territorio.
- La producción social de la salud es necesaria mediante una adecuada articulación de las instituciones públicas y organizaciones civiles de los usuarios con prioridad en: agua potable, empleo y vivienda.

.- Eje temático: El modelo de atención de los servicios de salud

¿ Qué más puede hacer el seguro de salud para que las personas sean atendidas satisfactoriamente, estén mejor informadas, tengan más fácil acceso al servicio que necesitan y aprovechan más el servicio que reciben?

Las respuestas se dirigen básicamente a que esperan un servicio oportuno y puntual, con calidad y calidez en el trato al usuario, el cual debe ser equitativo con prioridad en las personas más vulnerables. Señalan además de la importancia de contar con un mayor número de médicos especialistas en sus zonas de residencia, para ahorrar tiempo, costos y gastos, además del desgaste emocional de las personas que se trasladan grandes distancias con un estado de salud deteriorado.

También expresaron preocupación por el tema de equipamiento de los EBAIS y los Hospitales Regionales.

#### Eje temático: Sostenibilidad Financiera

En este sentido, el Informe de la Salud en el Mundo, 2010 de la OMS, señala que existen formas de conseguir la posibilidad de recaudar más dinero para la salud a nivel nacional, en el tanto, los gobiernos y las personas se comprometan a hacerlo:

- Aumentar la eficiencia en la recaudación de ingresos
- Restablecer las prioridades de los presupuestos del Estado.
- Financiación innovadora.

En dicho eje, el Ministerio de Salud, planteó la siguiente pregunta a los participantes en el Diálogo:

¿ Cómo pueden los usuarios mejorar los ingresos de salud, con qué medios o mecanismos, y qué pueden hacer para reducir los gastos del seguro de salud?

En esta pregunta, se clasificaron las respuestas en 5 grandes tipos de sugerencias:

#### **.- Supervisión de la recaudación y control de la morosidad, por medio de:**

- Pago puntual del Estado

- Pago puntual de las cuotas obrero patronales
- Luchar contra la corrupción y la evasión de pagos de cuotas obrero patronales.

**.- El principio de solidaridad y la salud como derecho humano, son ejes orientadores de las decisiones de sostenibilidad financiera:**

- Concientización de los usuarios en cumplir con sus deberes.
- Educación en el uso de los servicios de salud.

**.- Optimización del uso de los recursos:**

- Control y adecuación de los horarios
- Adecuación en los procesos de compra de bienes y servicios ( en especial de medicamentos ), mejorar la eficiencia y la calidad del servicio.
- Fiscalizar el trabajo mediante encuestas y preguntas directa a los usuarios.
- Que necesitamos, que la CCSS compre equipo que realmente se necesite y la cantidad que se ocupe de acuerdo a cada clínica o EBAIS.

**.- La inversión prioritaria en el primer nivel de atención es una acción esencial para lograr una sostenibilidad financiera.**

- El Estado debe aportar los recursos retenidos para invertirlo en hospitales regionales modernos y de fácil acceso así como pagar la deuda con la CCSS.
- Fortalecer la coordinación y articulación entre el Ministerio de Salud y la CCSS y evitar la duplicidad de funciones.
- Las cuotas obrero-patronales no deberían ser estandarizadas, deberían adecuarse en grupos especiales, tales como poblaciones indígenas o personas con bajos ingresos.

A continuación se resumen los desafíos que se consideraron importantes en el Diálogo Nacional para el Fortalecimiento del Seguro de Salud :

**1. La necesidad de un sistema participativo y continuo: Fortalecer instancias de participación ciudadana abierta, transparente, continúa y efectiva que sea considerada en la toma de decisiones de las instituciones y del Estado Costarricense.**

**2. El usuario de salud exige ser reconocido por la plataforma de registro de los servicios de salud.** Esto consiste en promover las tecnologías de información en Salud, en sus procesos de modernización para facilitar el acceso, la equidad, la seguridad, la integración, la continuidad y la calidad de los servicios de salud.

**3. Fortalecimiento y mejora en el trato.** Humanización de los servicios de salud como una demanda de los usuarios. Esto implica que los procesos de atención deben estar centrados en el usuario fortaleciendo los elementos de la comunicación, la cultura organizacional, el trabajo en equipo, de manera que se garantice la calidad de la atención en salud y del quehacer de todos los que participan en ella: prestadores, reguladores y usuarios. La insatisfacción de muchos usuarios acerca el mal trato por parte de algunos funcionarios, es tema de todos los días; resaltando de las respuestas de los participantes, de que este mal trato se debe a que el personal no ve al usuario como verdaderos clientes que pagan por un servicio de calidad, bajo la excusa de ser un servicio social con limitados recursos y saturado, la atención es ineficiente y desconsiderada respecto a las necesidades especiales del paciente.

**4. La oferta de servicios de salud del futuro debe dirigirse a la atención preventiva y a la promoción de la salud.** En este punto recalca lo que los ciudadanos señalaron en los distintos conservatorios, en que sin enfocarse en el desarrollo de la atención primaria, es decir, que si la CCSS continúa sin enfocarse en el desarrollo de la atención primaria a nivel local (promoción y la prevención), difícilmente, se podrá lograr el equilibrio financiero que se requiere para aspirar a una sostenibilidad financiera a largo plazo del seguro de salud. Y tampoco podrá lograrse, sin que el Estado asuma su responsabilidad en el financiamiento en el seguro de salud.

**5. El usuario propone una articulación efectiva de las instancias que trabajan en pro de la salud.** Consideran que la articulación entre el Ministerio de Salud, la CCSS, Ministerios, demás instituciones del Estado y organizaciones no gubernamentales, es un requisito indispensable para fortalecer nuestro seguro de salud.

**6. Seguro de salud con sostenibilidad** En el dialogo resaltó la defensa a ultranza de la seguridad social como un mecanismo de protección de la salud de la población y por lo tanto una preocupación manifiesta por su sostenibilidad, de hecho, es un debate a nivel nacional. Según el Ministerio de Salud, en el documento emitido del Diálogo Nacional, se desprende de las opiniones del usuario, una amplia comprensión de la sostenibilidad para la seguridad social del futuro.

Si bien se reconoce el esfuerzo actual del Estado en el pago de la deuda a la seguridad social, los usuarios exigen que se asuma este compromiso en forma continua y perseverante.

El comportamiento histórico deja a la luz que este es un tema de voluntad del gobierno, pero debe ser un tema de obligatoriedad y responsabilidad en el financiamiento del seguro de salud, por lo tanto, el patrono y el Estado debe dar el ejemplo y no abrir portillos a la evasión. En ello se debe impulsar la educación de la denuncia a patronos que incumplan.

Debe darse una lucha franca y efectiva contra los tiempos de espera y la mayor diversificación de los programas de atención a la salud.

**Posición de los sindicatos con las recomendaciones de la Comisión de Notables**

R.1. Se debe revisar el modelo utilizado por la Dirección Actuarial para estimar las contribuciones obrero-patronales, para reducir la sobre-estimación de los ingresos previstos por estas contribuciones del 2012 en adelante.

R.2. Las estimaciones presupuestarias sobre el crecimiento de las contribuciones obrero-patronales a partir del 2012 deben ser muy conservadoras, sustentadas en la recaudación efectiva y no en los presupuestos previos

Estas recomendaciones tienen sentido si La Junta Directiva ordena que el déficit presupuestario de la CCSS sea remitido de manera oficial al Poder Ejecutivo a efecto de que se incluya en el presupuesto nacional.

La CCSS debe hacer un presupuesto conforme a las necesidades presentes y futuras de la población tal y como lo ordena la Constitución.

Una estimación sesgada hacia abajo de los ingresos provenientes de las cuotas obrero patronales tendría el efecto de provocar una restricción de los servicios a los asegurados si se mantiene la práctica de elaborar el presupuesto de egresos conforme a los ingresos, es decir si no se presupuestan las necesidades de la población en materia de salud.

R.3. A más tardar en octubre del 2011, la CCSS y el Ministerio de Hacienda deben llegar a un acuerdo sobre el monto de la deuda acumulada a este año por todos y cada uno de los conceptos correspondientes y establecer un calendario de pagos

R.4. Debe existir un compromiso inquebrantable del gobierno, adquirido al más alto nivel político, de realizar de forma oportuna y por los montos completos, tanto los pagos originados en la amortización de la deuda pasada, como los de cada año, atendiendo lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley Constitutiva de la CCSS

Rechazamos la práctica de seguir firmando convenios de pago con el Ministerio de Hacienda que históricamente han sido nocivos para la CCSS. La junta Directiva debe exigir que se financien por El Estado, dentro del Presupuesto Nacional tal y como lo ordena la Constitución Política, las necesidades financieras que la propia Caja establezca y remitir al

Ministerio Público al Ministro de Hacienda sino cumple su obligación. El Ministerio de Hacienda debe pagar las sumas que la CCSS establezca. El cobro de tales deudas no debe limitarse a las de Hacienda sino a las de todo el sector público. Los pagos deben realizarse mensualmente y en efectivo.

“El denominado principio inquebrantable” ya existe como imperativo constitucional, y sin embargo no se cumple. Debe tomarse en cuenta que la contabilidad de la CCSS está maquillada para ocultar las deudas del sector público.

R.14. Los inspectores de la institución deben pasar como mínimo el 70% de su tiempo realizando las inspecciones que les corresponden, como mecanismo necesario y urgente para mejorar la recaudación de las contribuciones a la institución.

15. Se deben establecer controles al interior de la institución (Auditoría Interna y otras instancias) que permitan garantizar tanto que los funcionarios realizan las inspecciones que les corresponden, como la efectiva ejecución de las labores mismas.

Las anteriores recomendaciones deben ser discutidas con la participación de los inspectores, en un clima de total libertad, pues existen sistemas de trabajo y presiones que impiden a los inspectores trabajar más eficientemente. Además se debe agilizar el sistema de cobros. Aquí sigue imperando la tónica del documento de responsabilizar a los trabajadores de las deficiencias administrativas, muchas de ellas con un claro origen político.

R.20a. (Carrillo, Naranjo y Sauma) Las remuneraciones (servicios personales más contribuciones a la seguridad social) deben representar, de forma sostenida, como máximo un 60,8% del gasto total del seguro de salud.

R.20b. (Martínez) El porcentaje deseable de asignar en materia de remuneraciones debe definirse una vez implementadas las recomendaciones relativas a reorganización de jornadas ordinaria y extraordinaria.

Estas recomendaciones solo pueden tener fundamento luego de un estudio de las necesidades nacionales en el campo de la salud. Sin ese estudio resultan superficiales y por tanto se rechazan.

R.21. Eliminar el tiempo extraordinario como forma permanente de pago de jornada y convertir tiempo extraordinario en segundo y tercer turno de atención.

R.22. Suprimir el tiempo extraordinario en áreas de salud en que es innecesario por la cercanía de hospitales

R.23. Rediseñar las disponibilidades médicas.

R.24. Renegociar el mecanismo de pago por disponibilidades y poner un límite superior al pago por guardias médicas

R.25. En el 2012 el gasto máximo por tiempo extraordinario, en total y por unidad ejecutora, debe ser igual al ejecutado en el 2008 y sancionar con rigurosidad el incumplimiento de los límites presupuestarios.

R.26. Establecer el control de horarios y de la productividad como una prioridad institucional.

R.27. A más tardar en enero del 2013 haber puesto en marcha el segundo turno en los tres hospitales que más recursos destinan a tiempo extraordinario (Hospital Calderón Guardia, Hospital San Juan de Dios y Hospital Nacional de Niños).

R.28. En el nivel central, regresar al número de plazas que existían en el 2005. Para ese fin se pueden reasignar plazas -esto es, trasladarlas del nivel central al nivel de atención a las personas-, o reducirlas. Considerando que solamente se dio un crecimiento en la estructura administrativa sin eliminación de duplicaciones, se estima que la reducción en el número de plazas no debería ser menor al 25% de las nuevas plazas creadas para profesionales administrativos, otros puestos administrativos, personal de servicios generales y jefaturas entre el 2005 y el 2010

R.29. Congelar el número plazas a partir del 1 de octubre del 2011 y durante todo el 2012, y que a partir del 2013 el incremento se dé principalmente para la atención directa de las personas aseguradas y que no sea mayor a 1% anual.

Las recomendaciones 21 a 29, señala el Movimiento sindical, son una colección de ocurrencias. Todos esos temas deben ser discutidos y analizados detenidamente con las organizaciones de trabajadores, tanto profesionales como administrativos. Las negociaciones

deben darse de manera urgente y las partes y sus facultades para tomar decisiones deben estar claramente definidas de antemano. Tal como están presentadas las recomendaciones y por el tono imperativo de la mayoría de ellas, las rechazamos de plano.

R.30a. (Carrillo, Naranjo y Sauma) Mientras se recupera la sostenibilidad financiera de corto plazo del régimen, si la Junta Directiva decide otorgar a sus funcionarios los ajustes salariales ordinarios decretados por el Gobierno de la República para sus empleados, se recomienda sumar el salario base y la anualidad, y que en conjunto no superen el incremento decretado.

R.30b. (Martínez) Hasta que se restablezca la sostenibilidad financiera del SEM, los incrementos de los salarios reales no deben ser mayores a los incrementos en el costo de vida.

Estas recomendaciones son iguales en sus efectos, se trata de congelar el pago de antigüedades a los trabajadores de la CCSS, y por tanto las rechazamos de plano.

R.31a. (Carrillo, Naranjo y Sauma) Posponer los incrementos en el porcentaje de anualidad a los empleados no profesionales a realizarse en los años 2012-2015, según el “Plan de rebalanceo salarial de los trabajadores no profesionales de la CCSS, 2009-2016” aprobado por la Junta Directiva en el año 2009, hasta que se logre un equilibrio financiero sostenido del régimen.

R.31b. (Martínez) Renegociar con las organizaciones sindicales el plazo para la aplicación de los incrementos acordados en el porcentaje de anualidad a los empleados no profesionales a realizarse en los años 2012-2015.

Ambas recomendaciones implican de nuevo una violación a los derechos de los trabajadores y por tanto las rechazamos.

Ambas propuestas implican una serie lesión a los derechos de los trabajadores, preguntamos ¿porqué deben ser los trabajadores quienes asuman las consecuencias de la crisis a que ha conducido el gobierno a la CCSS? Estas recomendaciones tienen precisamente como base de razonamiento que “los privilegios de los trabajadores” son la causa de la crisis.

Por otra parte no puede dejar de pensarse que el interés de los autodenominados “expertos”, no es otro que el de reducir las condiciones laborales en el sector salud con miras

a abaratar los costos de las empresas privadas y favorecer así el convertir la atención de la salud en un negocio.

R.37. (Carrillo, Martínez y Naranjo) Eliminar la práctica de la dedicación exclusiva generalizada en algunas profesiones y reservarla para situaciones que lo ameriten.

Esta es una recomendación carente de fundamento. La gran mayoría del personal profesional de la CCSS tiene salarios realmente bajos. La utilización del pago de dedicación exclusiva es una forma de mantener los salarios en un nivel adecuado. Es importante destacar que los profesionales en ciencias médicas no reciben pago por dedicación exclusiva.

R.46. En un plazo no mayor de 9 meses, debe contarse con los resultados de una evaluación costo-beneficio externa, que compare los beneficios de la reducción en los costos de almacenamiento y vencimiento de los medicamentos y otros productos, respecto al posible incremento en el costo de adquisición de esos productos por aumentos en el desabastecimiento, y proponga los cambios pertinentes.

Aquí llama la atención la insistencia en contratar servicios “externos”, estando la CCSS en una situación de “inestabilidad financiera”, para realizar estudios para los cuales se cuenta con recursos propios. Esta recomendación de contratar servicios externos, similar a la de contratar un grupo de “expertos”, para dar seguimiento al cumplimiento de sus recomendaciones debe ser rechazada. Llama la atención que en ninguna parte del estudio se menciona la contratación de asesorías externas como uno de los gastos innecesarios. ¿A qué se deberá una omisión tan grande?

R.48. Realizar un estudio de costo-efectividad de la aplicación de la vacuna de neumococo de forma universal respecto a la aplicación a poblaciones de riesgo, siguiendo las metodologías generalmente aceptadas para este tipo de estudio. Dependiendo de los resultados que se obtengan, se debería solicitar a la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología una revisión del acuerdo sobre esta vacuna.

Aquí además de pedir estos estudios a la CCSS, se debe pedir al Poder Ejecutivo, una investigación imparcial del proceso seguido en la anterior administración para aprobar tal vacuna, y además investigar si existieron intereses ajenos a los de la salud de la población. Se debe investigar también el proceso mediante el cual la CCSS financió la compra de la vacuna.

Por otra parte este es un caso donde se está trasladando el costo de un problema de salubridad pública a la CCSS, sin la correspondiente contrapartida financiera.

#### R.49. Evitar abusos y fraudes en las incapacidades

Totalmente de acuerdo. Debemos insistir en que un trabajador que deba ser incapacitado no debe sufrir reducción alguna en su salario. En el caso de la CCSS se debe estudiar además hasta que punto algunas de las enfermedades constituyen un riesgo de trabajo, y cuales en lugar de incapacidad deben considerarse como licencias profilácticas.

Adicionalmente debería estudiarse el costo para la institución de considerar el aporte patronal durante la incapacidad como subsidio, contra las opiniones esgrimidas por Inspección de la misma Caja, que por un criterio superficial de la Dirección Jurídica no consideró todas las aristas de tal decisión, sino el interés de sustraerle un derecho que los trabajadores tuvieron por 70 años. La Caja dejaría de percibir ingresos no solo para el Seguro de Salud sino el de pensiones, cuyo monto ha sido considerado alrededor de los 50 mil millones anuales.

R.53. La Auditoría Interna de la CCSS debe poner en el sitio web institucional, como medida esencial para asegurar la transparencia y el conocimiento de la ciudadanía sobre la situación financiera de la institución, los presupuestos, modificaciones presupuestarias, ejecución presupuestaria, y las notas de aprobación o no aprobación de los presupuestos ordinarios y extraordinarios por parte de la Contraloría General de la República. Deberá así mismo llevar el control de cumplimiento de las órdenes o peticiones emanadas de la CGR relativas a las aprobaciones presupuestarias de la CCSS.

El trabajo para mejorar la transparencia de la CCSS debe ser más amplio, por ejemplo las actas de junta directiva, a pesar de los votos de la misma Sala Constitucional, se conocen con muchos meses de atraso, estas actas deben estar completas, no en micro resúmenes, en la Web, incluso antes de ser aprobadas para que los ciudadanos puedan ejercer de manera oportuna sus derechos. Las agendas de la sesiones deben ser publicadas con antelación. Los estados financieros deben ser más transparentes. La auditoría debe informar a la Contraloría sobre los déficits presupuestario a efecto de exigir el cumplimiento estricto del art. 177 de la Constitución.

Se deben sentar las responsabilidades que correspondan a la auditoría en los problemas de gestión de la CCSS

R.54. (Carrillo) Elaborar un proyecto de ley de modificación al inciso d) del Artículo 1 "Ámbito de Aplicación" de la Ley de Presupuestos Públicos 8131 de 16 de octubre del 2001, a fin de que la CCSS sea sometida de nuevo a la Autoridad Presupuestaria en materia de presupuesto, plazas, salarios e inversiones.

Esta recomendación la rechazamos de plano, pues va en la línea de limitar la autonomía de la CCSS, lo cual es inconstitucional e inconveniente para la institución como de sobra se ha demostrado

R.55. Renovar los mandos superiores en un período de 18 meses.

Esta es una recomendación que entraña un grave peligro para la institución, en la actualidad la tiene paralizada, pues nadie se atreve a tomar decisiones. No es precisa la definición de mandos superiores, ni se sabe a la cantidad de estructuras que puede afectar. Es una recomendación que por impensada debe ser rechazada.

R.56 Reestructurar el nivel central, simplificándolo y reduciendo su tamaño.

Esta recomendación solo procede luego de un estudio técnico de la situación, en todo caso se deben respetar los derechos de los trabajadores.

R.64. Actualizar y alinear la normativa que afecta el quehacer institucional en materia de salud.

Este inventario debe hacerse de manera urgente, pero sobre todo tomar las medidas para hacer que la normativa se cumpla.

R.65a. (Naranjo) Cambiar la conformación de la Junta Directiva

R.65b. (Carrillo, Martínez y Sauma) Instar a los diferentes sectores representados en la Junta Directiva, para que las personas a las que encarguen esa representación sean profesionales con demostrada idoneidad para la conducción de una institución compleja como la CCSS, y que tengan un evidente compromiso con la seguridad social del país.

Rechazamos de plano la idea de excluir a los sectores sociales de la Junta Directiva de la CCSS, y asumimos la crítica en cuanto al poco seguimiento que damos como movimiento sindical al comportamiento.

R.65c. (Carrillo) Proponer las modificaciones legales que correspondan a fin de que la Presidencia Ejecutiva de la CCSS sea sustituida por una Gerencia General, que sería nombrada por la Junta Directiva de una terna seleccionada mediante concurso público por una firma especializada externa a la CCSS. El Presidente de la Junta Directiva sería elegido entre los miembros de la Junta Directiva de nuestro representante en los diversos periodos.

Concordamos con esta recomendación del Ing. Carrillo en el sentido de que debe ser un concurso público para nombrar la gerencia general. No queda claro de cual representante en los diversos períodos se refiere, si es entre todos los representantes de forma que cada sector tenga la presidencia por períodos definidos. Al inicio de este documento expusimos nuestro criterio sobre la necesidad imperiosa de devolver a la CCSS la autonomía que la Constitución Política establece.

R.67. Revertir el proceso de desconcentración.

En general estamos de acuerdo con esta recomendación siempre que no conduzca a inflexibilidades irracionales que atenten contra la calidad de los servicios.

R.69. Declarar el expediente electrónico una prioridad institucional, con plazo perentorio para su implementación a nivel nacional y en los tres niveles de atención

R.70. En un plazo máximo de un año, disponer de un sistema preciso de estimación de los costos institucionales de prestación de los diferentes servicios

Estamos de acuerdo con las anteriores recomendaciones. Hay que definir etapas, porque eso tiene un alto costo, además que puede correrse el riesgo de que se haga una contratación también externa, quedan detalles fundamentales como la protección a la privacidad de los datos consignados en el expediente y el acceso a esa información por parte de intereses externos al objetivo primario.

R.71. Abordar el conflicto de intereses entre práctica pública y privada.

Este abordaje debe darse con una amplia participación del gremio médico, sin prejuicios y tomando siempre como objetivo el mejor tratamiento a los asegurados.

R.73. Transparentar las listas de espera en un plazo de seis meses.

El tema no es transparentar las listas de espera sino el de establecer las medidas necesarias para reducirlas. Poco alivia a un paciente saber que él es el número mil en una lista.

R.74. Fortalecer las acciones de salud pública preventiva.

Estamos de acuerdo plenamente con esta recomendación, pero su desarrollo solo puede darse de manera plena mediante un plan nacional de atención de las necesidades de la población en el campo de la salud. Insistimos, una vez más, sin este plan nacional difícil tratar de atender con buen criterio la distribución de los recursos.

R.75a. (Carrillo, Naranjo y Sauma) Delimitar la prestación de servicios de salud.

Esta recomendación y la 81, son en realidad la razón de la comisión nombrada y por tanto del informe emitido. En estas dos recomendaciones los intereses privatizadores se muestran de manera clara y alarmante. Por tanto estas recomendaciones no basta con rechazarlas, sino que deben convertirse en el motivo principal para organizar a la población y movilizarla en defensa de la Caja. Para tener plena claridad de lo que estamos hablando transcribimos de manera completa, acentuando en lo que interesa, ambas recomendaciones:

Carrillo, Naranjo y Sauma consideran que uno de los principales problemas que enfrenta el seguro de salud es que no hay límites definidos para la prestación de servicios de salud, incluyendo la entrega de medicamentos. Todos tienen derecho a todo, pero es imposible darlo. La solidaridad tiene necesariamente límites, y la sociedad debe tener la madurez suficiente para imponerlos en bien de la colectividad en su conjunto (por lo que no atenta contra el derecho constitucional a la salud).

Las condiciones económicas del país no permiten mantener un sistema abierto como el que existe en la actualidad. Por ello, una vez lograda la sostenibilidad financiera de corto plazo del seguro de salud, es de gran importancia delimitar, con una debida justificación, los servicios -incluyendo la entrega de medicamentos- que no puede brindar la institución. El

tema debe ser ampliamente discutido con la participación de todos los actores sociales, y debe resultar en pacto social que respete la Constitución Política del país y los acuerdos internacionales suscritos.

En plazo de tiempo menor, se deberían evitar abusos que atentan contra la solidaridad en el financiamiento. Para ello, en primer lugar, se debería establecer el plazo que debe transcurrir entre el momento en que se comienza a cotizar y el momento en el que se puede acceder a servicios médicos y tratamientos costosos que no sean los de atención primaria definidos legalmente como universales o de emergencia.

En segundo lugar, se deben establecer criterios de territorialidad para que quienes se aseguran como familiares tengan derecho a recibir los servicios. Tiempos mínimos de residencia permanente en el país, debidamente comprobables, deben ser un requisito indispensable para acceder a los servicios que no sean los de atención primaria definidos legalmente como universales o de emergencia.

75 b. Martínez por su parte, considera que no toda la población requiere de todos los servicios ni los requiere todo el tiempo. La institución debe ordenarse contando con protocolos de atención frente a los distintos problemas de salud así como con mecanismos de control, incluyendo el social, para prevenir el comportamiento oportunista que demuestran quienes se aseguran de manera intermitente y se benefician del sistema sin recibir los aportes correspondientes. Debe por todos los medios evitarse que los problemas de gestión de la CCSS afecten uno de los rasgos distintivos del sistema, el cual es no restringir el acceso a los servicios de salud que presta.

*R.81. (Carrillo y Naranjo) Promover la creación de cooperativas de salud.*

Otro factor importante sería el apoyo por parte de la institución a la creación de Cooperativas de Salud. Antes de esto se necesita evaluar de manera adecuada la experiencia de las cooperativas, y basar las decisiones en evidencia. De ser necesario, se deben introducir aquellos ajustes que busquen el equilibrio entre una mejor y más amplia oferta de servicios con la eficiencia en el gasto público. En este modelo también debe valorarse la opción de que los asegurados puedan cubrir parte de los servicios médicos que reciban en los niveles 1 y 2 de atención médica.

Las cooperativas deben realizar las inversiones asumiendo el riesgo empresarial. Los acuerdos entre la CCSS y las cooperativas deben ser transparentes y homogéneos con todas ellas.

Martínez y Sauma opinan que esta recomendación debería ser considerada para su evaluación hasta que se disponga de un adecuado sistema de costos y estén resueltos los problemas de gestión abordados en este informe.

Según el movimiento sindical en estas dos recomendaciones surge de manera nítida el motivo por el cual están llevando a la CCSS a una crisis y los intereses mercantiles que se mueven detrás de ella y pueden explicar el interés de la Casa Presidencial de nombrar una Comisión tan a su gusto.

R.79. Definir la política y mecanismos de cobro al INS y a las aseguradoras privadas en virtud de la apertura del mercado de seguros en el país

Este tema es fundamental y por tanto transcribimos toda la recomendación:

La CCSS ha firmado diferentes convenios con el INS para sobre la prestación de servicios médico-asistenciales en el caso del seguro de riesgos del trabajo, y para atender las emergencias amparadas al seguro obligatorio automotor. El último convenio firmado entre las instituciones tiene vigencia hasta mayo del 2012.

La apertura de los seguros de riesgos del trabajo y obligatorio automotor a aseguradoras privadas a partir de enero del 2011, cambió radicalmente el panorama. A nivel institucional, luego de que una comisión estudiara el asunto sin resultados concretos -como suele suceder con las comisiones institucionales-, a partir de noviembre del 2010 le corresponde a la ya mencionada Dirección de Coberturas Especiales.

Es muy importante que a más tardar al vencimiento del convenio con el INS (mayo del 2012), la CCSS tenga claramente definida la política y mecanismos de cobro por las atenciones brindadas por los seguros de riesgos del trabajo y obligatorio automotor.

Incluso, se sugiere a la Junta Directiva la conveniencia de promover una ley que le permita a la CCSS asumir la administración de los seguros obligatorios automotor y de riesgos del trabajo.

Debe hacerse una evaluación nacional de los riesgos y de la legalidad de la apertura a la competencia comercial de los seguros obligatorios que administra el INS. Se debe pedir a la CCSS que coadyuve en las acciones de inconstitucionalidad planteados contra tales normas que se encuentran en el TLC y contra los proyectos de ley mediante los cuales se pretende ponerlas en vigencia. Se debe exigir una rendición de cuentas a la actual Ministra de Comercio Exterior y obligarla a explicar el sustento técnico que sirvió de base a esa mala negociación.

## Invitación al Foro de Estados de Bienestar

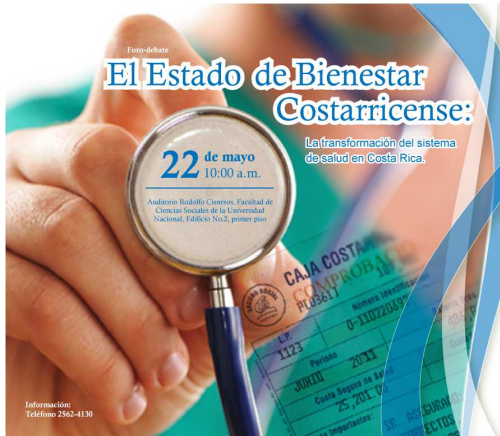


Foto: iStock

### El Estado de Bienestar Costarricense:

La transformación del sistema de salud en Costa Rica.

**22 de mayo**  
10:00 a.m.

Auditorio Rodolfo Cordero, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional, Edificio No. 2, primer piso

UNA  
UNIVERSIDAD NACIONAL  
COSTARRICENSE

IDESPQ  
INSTITUTO DE ESTUDIOS SOCIALES EN POBLACION

Encuesta Nacional realizada por el Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO) sobre la percepción de los ciudadanos con relación a la seguridad social y la provisión de servicios públicos y privados de la salud.

**Participantes:**  
Dña. Rocío Sáenz, Ex - Ministra de Salud  
Dr. Jorge Cortés Rodríguez, Director Médico Hospitalario, Dirección Médica de la Clínica Bíblica  
Dr. Alvaro Salas Chaves, Director de Centros Especializados - Gerencia Médica, Caja Costarricense de Seguro Social  
M.A Blanca Rosa Gutiérrez, postulante al Doctorado en Gobierno y Administración Pública, Universidad Complutense de Madrid

**Moderadora:**  
M.Sc. María de los Ángeles Carrillo, Directora, IDESPO-UNA

Información:  
Teléfono: 2502-4130



UCIMED  
EXCELENCIA ACADÉMICA

## II Foro Nacional Hacia el FORTALECIMIENTO de los SERVICIOS de SALUD públicos y privados