

Actores, intereses y naturaleza de la reforma al sector salud en Costa Rica (Reinterpretación de la Ley Constitutiva de la CCSS, al calor de los principios del cuasimercado)

*Actors, interests and nature of the health sector reform in Costa Rica
(Reinterpretation of the Constitutive Act of the CCSS, the heat of quasi-market principles)*

MSc. Esperanza Tasies Castro¹

Recibido: 4-03-2015 / Aprobado: 16-06-2015

Resumen

El artículo analiza la concreción de política pública en salud, al calor de los supuestos del modelo de gestión implementado por la CCSS, el CUASIMERCADO. Establece varias tesis explicativas a partir de analizar los actores e intereses que materializaron el diagnóstico y posterior reforma de la CCSS.

Palabras clave: Reforma al sector salud; Diagnóstico; Modelo de gestión; Modelo de atención; Cuasimercado.

Abstract

This paper analyzes public health policy implementation in light of CCSS's management model assumptions, the quasi-market. It presents several explanatory theses based on the analysis of the actors and interests involved in the CCSS's diagnosis and its subsequent reform.

Keywords: Health sector reform; diagnosis; Management model; Model of care; quasi-market.

En el año 1995, las dos principales fuerzas políticas del escenario electoral en Costa Rica definieron una agenda concreta y de consenso para alcanzar una reforma del Estado. Este acuerdo, que se conoció como Pacto Figueres-Calderón, materializa un punto histórico inflexivo para el devenir de la llamada Reforma del Estado costarricense.

Los llamados indicadores macroeconómicos, especialmente aquellos que documentan inflación y balanza de pagos, se convirtieron en uno de los principales argumentos para apresurar y

materializar la Reforma del Estado; entendida esta como una solución para las causas que, según quienes han administrado el país en las últimas décadas, explicaban la crisis institucional.

En gran medida, la reforma al sector salud tocaba aspectos medulares de la administración (Gestión) pública; al calor de los supuestos del FMI, de manera que la condicionalidad cruzada o la capacidad del FMI, para condicionar la medidas paliativas para la crisis, marcarían la profundidad y el ritmo, que debía tomar la reforma en el sector salud.

(1) La autora es docente en las carreras de Psicología, Enfermería y Trabajo Social en la Sede de Occidente. En la Escuela de Enfermería, SEP, imparte cursos propios de la Sociología, aplicada a la salud. Magister con especialidades en Sociología y Psicopedagogía. Correo electrónico: esperanzatasies@gmail.com

La tesis central argumentativa de esta reflexión sostiene que la seguridad social costarricense fue sometida a una reforma, partiendo de las recetas del FMI y no del diagnóstico real de la problemática que enfrentaba el modelo de atención de la CCSS¹. Como idea secundaria, se desprende que tal reforma, no solo partió de un diagnóstico equivocado, sino también que los decisores tenían un conflicto de intereses, que los llevó a aplicar en forma indiscriminada los supuestos neoliberales.

La base argumentativa de “déficit fiscal”, como justificación para las reformas siempre estuvo presente en las justificaciones oficiales, a manera de hilo conductor. Sin embargo, las medidas propuestas para paliar este problema centrando el énfasis en tal indicador, tendieron contrariamente a “golpear”, aún más los presupuestos públicos. (Stiglitz, 2002)

Esto tenía dos consecuencias obvias. Una: el colapso de los mercados cambiarios y bursátiles, la explosión de la burbuja inmobiliaria, con una caída en la inversión y el consumo, precipitarían una recesión. Dos: el colapso económico derivaría en un colapso recaudatorio, con la consiguiente brecha presupuestaria. (Stiglitz, 2002, p. 155)

Una reforma aplicada al calor de parámetros elaborados desde una óptica exógena², dio pie, al menos desde la administración pública, a sostener que el problema de la CCSS era un problema de sostenibilidad presupuestaria y de recaudación; sin embargo, tal salida, generaba claramente un mayor problema que el que aspiraba a solucionar.

Desde Herbert Hoover ningún economista responsable ha sostenido que haya que

concentrarse en el déficit actual y no en el estructural, esto es, el déficit que se registraría si la economía operase en pleno empleo. (Stiglitz, 2002, p. 155)

Para el caso de la Caja Costarricense del Seguro Social esto es más cierto que nunca si en Costa Rica, en vez de aplicar formas de desregulación en la contratación de la fuerza de trabajo, se aplicara lo contrario; es decir, si los sectores patronales, en general, incorporaran a su personal en planillas y pagaran correctamente sus cuotas a la CCSS, sin evasión y sin subdeclaración, la CCSS no solo no tendría una crisis, sino que estaría invirtiendo en mejorar las condiciones de salud de la fuerza de trabajo y de la población en general.

Es difícil pensar que los decisores que tenían a su cargo definir el carácter de la reforma, no tuvieran acceso a los datos con que argumenta Stiglitz; (2002); sin embargo, actuaron y continúan actuando bajo los supuestos neoliberales; lo cual, permite hacer explícita la tercera tesis argumentativa de esta reflexión escrita: En Costa Rica el pensamiento neoliberal está institucionalizado en todo el entramado administrativo, incluso cuando sostienen lo contrario; los decisores tienen en forma implícita el marco de supuestos neoliberales, como “telón de fondo”.

En el siguiente apartado del presente trabajo reflexivo analizaremos la reforma al entramado jurídico que sostiene y permite el tutelaje del acceso a la salud a través de la Seguridad Social costarricense. A esta reforma la conceptualizamos como reforma al modelo de gestión histórico de la CCSS.

Un modelo de gestión remite refiere a varias dimensiones que relacionan entre sí los objetivos de un ente, sea este público o privado, el cual alimenta las políticas públicas a partir de presupuestos o formas de concebir la gestión de determinado ente. En el caso del modelo de gestión que implementa la CCSS, el cual gestiona los objetivos a partir de los supuestos del CUASIMERCADO, el que es definido por la CEPAL en los siguientes términos.

(1) Refiere a la forma en que se insertan las previsiones en materia de prestación de servicios de salud, dentro de un engranaje mayor (Sistema o modelo de gestión de la salud) En ese caso el modelo de atención refiere a los tres niveles de atención (Ebais, clínicas y hospitales) y a la forma en que estos se imbrican entre sí para la prestación de servicios de salud a la población

(2) Se aplicaron fórmulas del FMI y recomendaciones del Banco Mundial, para justificar la Reforma al Sector Salud.

Los cuasimercados constituyen sistemas particulares de relaciones de intercambio económico que se sustentan en principios, en un marco regulatorio y en un sistema de incentivos, y tiene implicaciones respecto de la morfología del sector social en se se desarrollan, plasmada en la separación de funciones. (Sojo, 2000, p.39)

Ambas definiciones son necesarias para la comprensión de las tesis que presenta este artículo; es importante tomar en cuenta que en la definición de modelo de gestión establece una relación directa entre los objetivos y las formas en que un ente, puede alcanzarlos. El cuasimercado en este caso es la forma de gestión priorizada y operacionalizada a partir de la Ley de Desconcentración Hospitalaria, para el caso del sistema de salud pública costarricense.

Un diagnóstico a contrapelo de la Ley Constitutiva de la CCSS

Para lograr concretar los cambios considerados, como necesarios e impostergables, en la agenda del bipartidismo en Costa Rica a partir de 1995 se hacía necesaria una reforma administrativa cuyos contenidos estaban guiados por las prescripciones del Banco Mundial y la condicionalidad cruzada del Fondo Monetario Internacional.

Para el caso de la Caja Costarricense del Seguro Social, el Banco Mundial, incluso financió y continúa financiando estudios e investigaciones que han conducido a una radical reforma administrativa en la institución prestataria de salud. Por tratarse de buscar una “salida particular” para el problema de la CCSS. Esos estudios, identificaron los siguientes problemas administrativos y de gestión en la institución. (Cerna, 2006)

- Escasa cultura del cliente
- Baja producción
- Aumento en los costos
- Atención biológica
- Presupuestos históricos
- Problemas de gestión

- Insatisfacción por parte de los o las usuarios/as y funcionarios/as
- Merma en la eficacia del sistema

Las comisiones que publicaron diagnósticos sobre el carácter de la crisis de la CCSS tenían un factor en común, se trata de la presencia de altos funcionarios de la institución, en la mayoría de los casos ligados al sistema político bipartidista y compartían no solo el diagnóstico sobre los problemas que enfrentaba la CCSS, como institución prestataria de los servicios de salud, sino un abordaje teórico, o unos “anteojos teóricos”, con los cuales sostenían los supuestos para todo el proceso de reforma a la seguridad social costarricense.

Un ejemplo del amplio poder que tuvo un sector del personal médico de la CCSS, en el “marco decisional” que configuró la reforma al sector salud en Costa Rica, es el papel de la Gerencia de Modernización y Desarrollo, la cual fue cerrada en el año 2004. Entre las consideraciones para cerrar la mencionada instancia se encontraba una central; la cual remite al funcionamiento de dicha gerencia como “estructura paralela” “con demasiada independencia dentro de la Institución”. El cierre de la instancia mencionada, se produce al calor de escándalos de corrupción como el caso del “Préstamo Finlandés” (Ávalos, 2004).

Cuando se analiza el impacto y los resultados de “la discrecionalidad”, que han tenido los altos funcionarios de la CCSS en la implementación de las medidas y los portillos permitidos en la Ley de Desconcentración Hospitalaria; cabe sin duda la posibilidad de preguntarse ¿Cuáles eran los resultados esperados por quienes plantearon diagnóstico y solución para la problemática que enfrentaba la CCSS? Y si tales efectos (colaterales o esperados) estuvieron contemplados, tal y como lo prescriben algunas de las teorías sobre administración y política pública que se conocen.

No obstante ello, la diversidad de actores y propuestas para enfrentar la crisis institucional, (sindicatos, cooperativas, asociaciones de vecinales) no todos ellos, tuvieron el mismo eco

en la materialización del modelo de gestión que caracteriza a la CCSS en este momento, sino que se estableció un particular sistema de relación entre lo público y privado, que no tomó en cuenta los criterios de los demás actores citados. Y así entro en juego la discusión del entramado jurídico que sostenía a la CCSS como servicio público. Y estos sectores institucionalizados, propusieron una nueva ley para la seguridad social costarricense.

Uno de los aspectos medulares del debate que precedió a la Ley de Desconcentración Hospitalaria, versó sobre los alcances que podría tener el artículo 73 de la Constitución Política de 1949, y que es el producto del acuerdo tomado por los actores principales del conflicto bélico de los años cuarenta en Costa Rica. Tal Constitución forma parte del fenómeno que Subirats (1992) interpreta como un proceso de democratización de las Constituciones liberales, en tanto requirió superar los supuestos del “iusnatural”, para refundar los Estados Nacionales bajo las nuevas perspectivas humanistas del Estado Social.

Las reformas constitucionales posteriores a la Segunda Guerra Mundial buscaban conformar un “nuevo Estado, el Estado social”, que desde el punto de vista “axiológico” hacia una síntesis de valores” (Subirats, 1992, p. 19) así se produjeron procesos políticos y sociales democratizadores. Dentro de dichos cambios históricos y vinculantes para el Estado costarricense, estaban los contenidos y las intenciones del Artículo 73 de la Constitución de 1949 en relación con la seguridad social, los cuales dejaban absolutamente claro que se trataba de una garantía social, un derecho que debería ser tutelado por el Estado.

En ese sentido, el proceso histórico y, de ahí que las fuerzas sociales que participaron en su concreción, desde 1949 hasta entrada la década de los años 1970, ampliaron “los ámbitos y las materias” constitucionales en la intención de “regular las relaciones económica de los actores públicos y privados”; (Subirats, 1992, p. 29) poniendo con ello límites específicos a los

segundos y a su lógica de acumulación permanente. (Esto obviamente redundaba en una capacidad de redistribución de la riqueza social, desde el Estado)

Sin embargo, el modelo de gestión aplicado en la CCSS costarricense, rompe con la regulación impuesta por la Constitución de 1949 y, por ende, con los valores democratizadores que la inspiraron, a partir de abrir los portillos para un proceso híbrido de gestión pública y privada en la prestación de servicios de salud.

El diagnóstico de la problemática o crisis que enfrentaría la CCSS, tuvo como hilo conductor los criterios de consultores externos a la institución. Los proyectos para la modernización fueron auspiciados por organismos financieros internacionales. Como puede corroborar, el lector o lectora, entre estos factores problemáticos, solo aparecía mencionado, una vez, el modelo de gestión; empero, llama la atención el hecho de que, a pesar de esto, el hilo conductor de la solución planteada es precisamente el modelo de gestión.

En primer lugar, la discusión con los actores a favor y en contra, tiene como eje transversal, el concepto de eficiencia, de manera que la reforma al sector salud es planteada desde un cambio en el relacionamiento entre proveedores de salud públicos y privados, alegando, lógicamente, al calor de los años 1990³, que la eficiencia era una característica propia de la gestión privada y no de la gestión pública, de manera que para realizar la Reforma en el Sector Salud se vieron en la obligación de “poner en cuestión”, las propias definiciones constitucionales sobre el carácter público de la gestión y de la prestación de la seguridad social.

Así se ha hecho creer a la opinión pública, que en vez de encontrarnos frente a una crisis de universalización y extensión de los

(3) En los años de la década de 1990 y en la perspectiva de algunos investigadores, el discurso neoliberal, pudo tener algún grado de credibilidad, en algunos sectores; en tanto que actores, tales como los sindicatos, iniciaban un proceso de debilitamiento, que se extiende hasta hoy, con el agravante de que el movimiento sindical, era el actor más beligerante, en la defensa de lo público.

servicios públicos que ya se ofrecen, nos encontramos frente a una crisis de eficiencia y productividad. Desde la perspectiva neoliberal, el Estado no solo es incapaz de manejar las políticas sociales, sino que sus instituciones están en crisis por el centralismo y la burocratización. (Rodríguez E., Tasies, E., 2001, p. 10)

Como ya se ha señalado, es lógico que debe haber una relación entre el problema planteado, y la solución necesariamente vinculante, mediante un instrumental de políticas públicas, que de solución a la problemática encontrada en la fase de diagnóstico, empero, para el caso costarricense, ocurrió lo que la “veta analítica”, de Subirats, (1992) prevé como un posible escenario, en la etapa de formulación de la política pública.

Es ahí donde intervienen los intereses de algunos de los actores, que se encontraban en todo el proceso de esta reforma al sector salud y quienes, tenían y tienen su propios objetivos para operacionalizar la reforma; ello se podrá comprobar con el desarrollo de los acontecimientos y sobre todo, en los “resultados no esperados” de ella, sobre el modelo de atención. Los objetivos de los actores oficiales, eran distintos a los objetivos de otros actores, en este caso los grupos de la llamada sociedad civil, sindicatos, organizaciones de mujeres y otros.

Pero ello implica el admitir que los objetivos existen previamente e independientemente del análisis. Y por otro lado conviene recordar que a cada definición del problema le corresponderá una nueva definición de los medios a disposición. (Subirats, 1992, p. 50)

¿Cuáles serían esos objetivos, cuya existencia era previa a la formulación del problema del modelo de atención en la CCSS? Y ¿Cuáles serían los medios disponibles para solucionarlos, en buena teoría de Subirats? Estás serían las interrogantes fundamentales, que se dirimen, en este trabajo

reflexivo y en cuyo arranque está muy presente la naturaleza constitucional de los derechos de la ciudadanía que estaban en juego.

Tal y como advierte Subirats, estos derechos y su tutelaje constitucional, expresaban una intencionalidad, “impuesta por un conjunto de fuerzas, que en un momento dado han logrado ejercer su predominio”, (p. 29) estas fuerzas definieron, la naturaleza, pública de la gestión de la seguridad social, incluyendo los principios que debían guiar esta administración y la gestión pública. Esta afirmación se hace en clara referencia a los Constituyentes del año 1949.

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

⁴La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social. No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales. (Saborío, 2009, p. 15)

Los aspectos regulados en este artículo remiten al carácter público de la administración de los seguros sociales y de la institución autónoma que los administra; ante esta claridad, quienes formularon la “Ley de Desconcentración hospitalaria”, se vieron en la necesidad de reinterpretar este artículo; dejando muy de lado, el contexto en el que había sido redactado. “El espíritu de esta ley”, respondió en su momento, en tanto acto constituyente, a la necesidad de establecer

(4) El subrayado no corresponde al documento original.

garantías, propias de un Estado Social de derecho; de manera que los formuladores de la ley debieron de ejercer, una especie de “intermediación entre texto y realidad.” (Subirats, 1992, p. 31)

En este proceso de intermediación, entre el texto y la realidad, los y las formuladores de “la solución” se vieron en la obligación de reinterpretar, no solo el artículo constitucional 73, sino la propia Ley constitutiva de la CCSS, así llegaron a la conclusión de que la Constitución tutelaba originalmente la administración de los seguros sociales; lo que implicaba que la prestación podría ser realizada tanto por prestatarios públicos como privados.

... se concluye que la autonomía reconocida en el artículo 73 en relación con el 177 de la Constitución Política la Caja no se encuentra sujeta a límites en materia de gobierno, como ha reiterado este tribunal en sentencias precedentes (ver por ejemplo: 2001-7605, 6256-94, entre otras). La Caja es en definitiva el ente encargado de la administración de la seguridad social y está dotada de máxima autonomía para el desempeño de su importante función. En armonía con lo anterior, mediante los artículos 3 y 23 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social, su Junta Directiva tiene plena competencia para establecer los alcances de las prestaciones propias de la seguridad social vía reglamento, de manera que puede definir las condiciones, beneficios y requisitos de ingreso de cada régimen de protección, con sustento en estudios actuariales, a fin de no quebrar el sistema. (Sala Constitucional, Resolución #201007788)

Esta posición de la Sala Constitucional es recurrente en su interpretación en torno a la separación entre financiamiento y prestación⁵, por un lado se reconoce el principio constitucional

de autonomía de la CCSS, pero por el otro se deja en manos de las autoridades de la CCSS, para “establecer” los alcances de las prestaciones y, por ende, de los Reglamentos que rigen la prestación de servicios de salud.

La intención clara, por parte de los legisladores y constituyentes de 1949, fue la de plasmar la democratización de los derechos sociales; sin embargo, de acuerdo con los intereses y actores que dirigieron la Reforma al Sector Salud con posterioridad al Pacto Figueres-Calderón se aplicó una interpretación neoliberal al artículo 73 y la Ley Constitutiva de la CCSS. En gran medida, la reinterpretación se convirtió en la única vía, acorde con los objetivos de los actores que pretendían y lograron, la separación del financiamiento de la salud pública, de la prestación de los servicios de salud.

A partir de un diagnóstico en el que el modelo de gestión era una parte del problema y no el problema en sí, se preconcebía el artículo 73, dando lugar a una interpretación que supone que lo previsto por los constituyentes de 1949 era solamente la administración, lo cual no impedía, de acuerdo con tal interpretación, que la prestación fuera realizada tanto por prestatarios públicos como privados.

Se hace notar en la argumentación sobre este proceso, el hecho de que un derecho que existía “en virtud de un acto de voluntad, de un acto constituyente”, (Subirats, 1992) fue trastocado al calor de los intereses de determinados actores e intereses. Ocurrió que tal acto constituyente [...] “solo tiene garantías de permanencia en virtud del mantenimiento de esa voluntad”. (p. 29) Esta voluntad política cambió con la crisis iniciada a finales de los años setenta.

La salida para la crisis: desconcentración hospitalaria y cuasimercado

En el caso de Costa Rica, la seguridad social es el producto de un conjunto de circunstancias históricas y acuerdos entre élites y sectores organizados a partir del acto constituyente del año 1949; por ello se afirma que los sistemas de salud

(5) Principio básico del modelo de gestión que se conoce como CUASIMERCADO.

son únicos que surge como resultado de la historia de la respectiva nación. (Tovar, 1997)

De manera que la Reforma a la seguridad social en Costa Rica fue planteada también desde distintas fuerzas sociales y actores; empero – evidentemente- no todos estos actores tuvieron el mismo peso en la consolidación de lo que sería tal reforma; lo que sí quedó claro era que la salida al problema no solo involucraba la concreción de una política en salud, frente al modelo de gestión, sino que tenía implicaciones para el modelo de atención en la CCSS. Desde un primer momento tanto los consultores internacionales como nacionales, otorgaron una importancia central a la desconcentración para la solución de los problemas del modelo de atención. La administración Calderón, tomó muy en cuenta el criterio emitido por la comisión creada por el Decreto ejecutivo número 20262, P-H-RE-S, 1991.

Las instituciones del Sector muestran un alto grado de centralización en la administración de los recursos financieros y materiales, lo que dificulta la autogestión de las unidades prestadoras de los servicios de salud, además

de que existe una distribución desigual de los recursos entre zonas geográficas y grupos poblacionales. (Salud, 1991) (Informe de comisión evaluadora, Decreto ejecutivo #20262, P-H-RE-S, 1991)

Dos puntos quedan totalmente claros, en el diagnóstico del que se partió para implementar una reforma al sector salud en Costa Rica; por un lado se trata de un diagnóstico que sostiene que hay un gran peso en la explicación de la crisis que enfrenta la CCSS, que tiene su asidero en la centralización y, por el otro lado, que la respuesta a esta “centralización” sería “potestad de la Junta Directiva de la CCSS”, la cual tendría la opción de “decidir una política de desconcentración”. (Ley de Desconcentración Hospitalaria, 1998)

En el informe de la Contraloría General de la República, (1999) también se emitieron algunos criterios en relación con el financiamiento público y la naturaleza de la problemática que enfrentaba; de acuerdo con estos criterios los problemas en materia de prestación, estaban indisolublemente ligados a la relación financiamiento-prestación.

Cuadro 1. Medidas de reforma y sus propuestas de ampliación. Contraloría General de la República (1999).

Aspecto de la reforma aplicada desde 1998	Medida propuesta por la CGR
Modelo general de asignación de recursos y de compra de servicios de salud y evaluación de alternativas de gestión y atención de la salud.(Involucró la prestación de servicios público-privado)	Diseñar y aplicar un modelo general de asignación de recursos y compra de servicios de atención de la salud, que tome en cuenta la gestión de los establecimientos que prestan tales servicios.
Financiamiento. (Gesto la separación del financiamiento que continuaría siendo público en tanto que la prestación podría ser pública o privada)	Rediseñar el modelo de financiamiento del Sector Salud, a partir del establecimiento de mecanismos que estimulen la afiliación universal, la reducción de la evasión y la mejora de la recaudación, para así alcanzar el equilibrio financiero del sistema de salud

Fuente: Contraloría de la República, informe 1999

Se conformaba de esta forma un escenario decisional concreto, para lo que sería la política pública en Salud en Costa Rica. Para Subirats (1991) este aspecto es básico, para comprender el curso que toma determinada política durante todo su proceso de diagnóstico, elaboración, implementación y evaluación. Ese escenario decisional, no tomaba en cuenta, para definir el problema algunos factores que la propia Contraloría General de la República, les hacía ver.

“Desde el punto de vista de los egresos, la CCSS no goza de independencia en la determinación y manejo del presupuesto en función de la prestación de los servicios de salud, debido a la restricción impuesta por la reforma a la Ley de Equilibrio Financiero, que incluyó los gastos de salud dentro del control de la autoridad presupuestaria, lo que limita la libre disponibilidad de los recursos. (Contraloría General de la República, 1999, p. 16)

A pesar de que la CGR explicitó esta importante acotación, que debió ser tomada en cuenta cuando se midió la eficacia de la CCSS, en la prestación de servicios de salud, esta explicación del problema no fue tomada en cuenta en la salida buscada por la Junta Directiva de la CCSS, ni por el Poder Ejecutivo. En esto jugaron un papel central, las estipulaciones hechas, por los organismos financieros internacionales, los cuales había realizado préstamos condicionados a reformas específicas, por el monto de 144,7 millones de dólares. (Contraloría de la República, 1999, p. 13)

Sin tomar en cuenta lo anterior, es muy difícil explicar el porqué el informe de la Contraloría que se cita, a pesar de reconocer que uno de las causales de la crisis de la CCSS, estaba en las restricciones para la inversión, que se le imponían a la entidad; tal reconocimiento no se tradujo en una solicitud expresa para se tomará en cuenta este “detalle” y así, tuviera algún peso en la definición del problema en el que se pretendía incidir.

En todo caso, se debe tener presente que la posibilidad de que el Estado le permita a la CCSS que destine una mayor cantidad de recursos financieros a la ejecución de sus programas de salud, es una decisión de política económica y social, por cuanto involucraría, dado el déficit fiscal del Gobierno Central, disminuir la asignación de recursos financieros a otros programas y actividades públicos. (Contraloría General de la República, 1999, p. 16)

El papel que jugaron los préstamos condicionados ha sido fundamental para dar determinado sentido a la reforma de la CCSS, desde el propio diagnóstico del problema, hasta la etapa de evaluación de los primeros pasos de la reforma al sector salud costarricense. La evaluación realizada por la Contraloría General de la República, daba cuenta del un problema estructural, que expresa con toda claridad el carácter exógeno que ha tenido dicha reforma al sector salud.

Ante esto definitivamente la política pública en salud, debió definir un modelo de gestión, que permitiera la salida, no al problema planteado en forma integral, sino en el horizonte reducido, que permitían los organismos financieros internacionales. Presentando tres formas de gestión posibles y el cuasimercado, como “tercera vía”.

Cuadro 2. Opciones de gestión para la seguridad social. (De acuerdo a experiencias internacionales, en los años noventa)

Modelo administrativo	Modelo de mercado	Modelo de Cuasimercado
Modelo histórico aplicado en Costa Rica, a partir de la Constitución de 1949, pero que tenía sus antecedentes desde el año 1943.	Modelo regido por la oferta y la demanda.	Modelo de financiamiento público con participación de prestadores públicos y privados.

Fuente: Elaboración propia con información proveniente de consulta bibliográfica

De acuerdo con los analistas de política pública en Costa Rica, Juliana Martínez y Mauricio Castro, (2002) la “salida” planteada para la CCSS a partir de la reforma al sector salud, fue esbozada bajo los supuestos del modelo mixto del cuasimercado, que de acuerdo a los proponentes, resolvía los problemas de eficiencia y de centralización; sin embargo, los consultores Castro y Martínez, (2002) alegaron en su momento, que la “reforma planteada en el papel”, podría tener consecuencias en su aplicación práctica.

En el modelo de cuasimercado, (algunos le llaman a esto tercera vía) tal y como reconocen Castro y Martínez, “lo que interesa a los prestadores privados no es la privatización del financiamiento, ni su recaudación” (p. 17), sino participar en la prestación; para ello se hizo necesario un cambio en el entramado jurídico que tutelaba la prestación de servicios de salud. A partir de la Ley de Desconcentración y sus reglamentos, la CCSS, operacionalizó la reforma a partir de la puesta en vigencia de un sistema jurídico de carácter híbrido, esto es regido a la vez por el derecho público y el derecho privado.

El Cuasimercado busca incorporar la competencia como mecanismo de gestión pública y un escenario capaz de simular premios y castigos, pero sin crear un mercado en estricto sensu, sino simulándolo, mediante la creación de un cuasimercado y

manteniendo la planificación a nivel central. (Castro y Martínez, 2002, p. 22)

Un informe elaborado por la Asamblea Legislativa, que tenía la intención de traer a la corriente legislativa la discusión sobre la relación: privatización-corrupción en la CCSS, estableció con toda claridad que la falta de recursos económicos, no era una limitante para que la CCSS, invirtiera en salud pública, las y los legisladores/as concluyeron: Tampoco se puede invocar la falta de recursos económicos como justificante de las listas de espera, cuando en la Memoria Institucional de la CCSS del año 1999, aparecen más de 72 mil millones de colones del Régimen de Salud invertidos en valores del Estado, cuando la finalidad de estos fondos es, por ley, la de producir servicios. (Asamblea Legislativa, 2001)

El pronunciamiento de la Asamblea Legislativa, dejaba en claro que no necesariamente la respuesta a la crisis de la CCSS, tendría que ver con la necesidad de implementar medidas tendientes a incrementar a futuro los porcentajes de cotización.

De manera que en su momento, tanto la Asamblea Legislativa como la Contraloría general de la República, dejaron en claro que la problemática de liquidez que experimenta la CCSS, estaba

relacionada con la asignación global del gasto del Gobierno Central y con el grado de restricción impuesto al gasto del Sector Público como un todo y con las restricciones impuestas por las políticas neoliberales a la gestión de servicios públicos.

Sin embargo, a partir de 1998 y estando en vigencia la Ley de Desconcentración Hospitalaria, inicia el proceso que se conoce como DESCONCENTRACIÓN MÁXIMA, a la que obligatoriamente deberían acogerse los tres niveles de atención de la CCSS.

El informe de la Contraloría (1999) a tan solo un año de la Reforma que experimentó la CCSS, explicaba de la siguiente manera, la forma concreta de gestión que se implementaría, a partir de la separación de la prestación y el financiamiento. Esta desconcentración operativa, se realizaría mediante la firma del “compromisos de gestión”, figura jurídica, que sería finalmente el instrumento de desconcentración, el mismo que de acuerdo con la CGR, tendría la siguiente naturaleza.

Paralelamente, el nuevo modelo de asignación de recursos financieros de la CCSS busca que las unidades prestadoras de los servicios de salud brinden sus servicios de la forma más eficiente posible, para lo cual se les ofrecen incentivos si alcanzan metas de producción y calidad predeterminadas. (Contraloría General de la República, 1999)

Los compromisos de gestión fueron implementados a partir del año 2000, en todos los niveles de atención de la CCSS, sin embargo en la descripción de los alcances del instrumento, durante la temprana implementación de la reforma, la definición oficial sufrió cambios profundos, como se puede ver textualmente en los documentos oficiales de la CCSS.

En el expediente 12,676 (Ley de Desconcentración Hospitalaria) de la Asamblea Legislativa, apenas se perfilaban los contenidos que regularían las políticas generales de la institución en materia de “contratación administrativa, manejo

de recursos humanos y gestión presupuestaria”. (Asamblea Legislativa, 1998:1). Empero, la mencionada ley, definió la naturaleza de un instrumento jurídico particular y “novedoso”, se trataba, de acuerdo a la exposición de motivos, de una herramienta de desconcentración.

La Caja podrá organizar los hospitales y las clínicas como órganos desconcentrados, mediante la suscripción de un compromiso de gestión entre la institución y los centros de salud (Asamblea Legislativa; 1998:4).

En un proceso complejo, en el que no estuvieron ausentes las contradicciones el compromiso de gestión, ya rubricado por los hospitales, clínicas y EBAIS, definía el papel que jugarían los compromisos de gestión en materia presupuestaria con mayor precisión:

[...] el compromiso de gestión se entiende como el acuerdo entre partes que define y evalúa la relación entre la asignación de recursos con la producción en salud, tipificada en criterios de calidad y oportunidad (Compromiso de Gestión Osa; 1999:1).

Otro paso urgente en el entramado de implementación de la reforma, revelaba la necesidad de flexibilizar trámites y “amarras” provenientes de las estipulaciones para manejar recursos públicos, que históricamente había tutelado la CGR, así la CCSS, en el año 2000, ensaya una nueva definición de la naturaleza del compromiso de gestión, en la que propone que [...] el Compromiso de Gestión” será el medio técnico y jurídico para conducir la desconcentración operativa y funcional de la Caja, dada la naturaleza flexible y dinámica del mismo (sic)” (CCSS: 2000; 1).

La definición anterior proveniente del ADENDUM, a los compromisos de gestión, fue incluida con posteridad, en los documentos rubricados por directoras y directores, de hecho algunos directores de centros hospitalarios, se opusieron a firmar dichos compromisos. En ese caso, es hasta el año 2000, dos años después

de la aprobación de la reforma y su vía de operacionalización, que queda claramente definido, los alcances y la naturaleza del compromiso de gestión.

A manera de conclusión: las implicaciones de la reforma

En la declaración de intenciones presente en informe de la CGR, supracitado en este artículo, se definía el interés de evaluar. “las acciones emprendidas por las instituciones que participan en la citada Reforma”, (en referencia a la Reforma de la CCSS) particularmente, se intentaba, conocer la pertinencia de sus objetivos y sobre todo el mecanismo para la asignación de los recursos. (Contraloría de la República, 1999, p. 3)

Las intencionalidades que materializaron la reforma al sector salud en Costa Rica, se expresaron rápidamente en decisiones de inversión, que han tenido grandes repercusiones políticas en Costa Rica. El caso, Fischel, es uno de los más sonados escándalos, de los últimos años, también se incluyen dentro de estos casos, la construcción de los Hospitales en Alajuela y Heredia, en su momento ambos proyectos fueron cuestionados, especialmente por la discrecionalidad en el manejo de los recursos públicos.

A un año de iniciada formalmente la Reforma, la Contraloría General de la República, y por ende las o los consultores contratados para la evaluación temprana del proceso, emitieron con toda claridad los criterios y parámetros utilizados para dicha evaluación e incluyeron un apartado con criterios específicos, para el caso del Hospital Regional de Alajuela y su necesaria construcción.

Cinco años después, del mencionado criterio técnico emitido por la Contraloría, el escándalo por acusaciones de corrupción en la construcción del nuevo Hospital para Alajuela, involucró a funcionarios de la administración Rodríguez; (1998. 2002) y a entidades de carácter privado, tanto extranjeras, como costarricenses y precisamente, tal y como lo previó la Contraloría

General, se “agregó equipo y área de construcción que elevó el monto de las ofertas presentadas en el concurso público hasta en \$16 millones por encima del monto disponible para la obra”. (La Nación, 8/7/2004)

Este proyecto, también dependía en gran medida de préstamos internacionales, lo cual convirtió, en parte del entramado de ejecución de política pública, “fuertemente condicionada por su sumisión a la disciplina del capital global.” (Stiglitz, 2002) Este hecho, quedó absolutamente claro, cuando los medios de comunicación informan a la opinión pública, sobre el peso del financiamiento externo en el proyecto de construcción del mencionado hospital.

También están los \$40 millones para la construcción del nuevo hospital de Alajuela, un crédito por \$22 millones del Banco Mundial, y la primera parte de otro proveniente del Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) por \$27,5 millones, según informó Juan Carlos Sánchez Arguedas, el único gerente que tuvo ese despacho en seis años. (La nación, 8/7/2004)

Desde el planteamiento original, la Ley de Desconcentración Hospitalaria otorgaba, gran poder a la Junta Directiva de la CCSS, a fin de que condujera el proceso de reforma del Sector Salud. Precisamente en el momento de aprobación de la mencionada ley, Eliceo Vargas⁶, fungía como diputado en la administración Rodríguez. Más allá, aún, durante todo el periodo en el que se consolidó el entramado jurídico que tutelaría la reforma, el propio Eliceo Vargas fungió también como Presidente de la CCSS.

Conocido como Proyecto Finlandia. En total, son \$39,5 millones para compra de más de 3.000 equipos médicos para hospitales. Según una investigación de este diario, Finlandia

(6) Quien precisamente descuenta prisión por actos de corrupción.

impuso una lista de 152 aparatos, obviando las necesidades de los hospitales. Trascendió que el expresidente ejecutivo de la Caja, Eliseo Vargas, gestionó este proyecto cuando fue diputado (1998-2002). (La Nación, 8 de julio, 2004)

La corrupción en la CCSS, no ha sido el único efecto negativo, de la reforma que trastocó el modelo de gestión de la institución en un cuasimercado, la competencia entre hospitales, se basaba fundamentalmente en el cumplimiento de un conjunto de indicadores, que expresarían a juicio de los proponentes un marco de desempeño de eficiencia para la prestación de los servicios de salud. Pero tal competencia, estaba sujeta a la relación desempeño-presupuesto y varios hospitales enfrentan crisis en este momento debido a que sufren penalizaciones sobre su presupuesto anual.

La Desconcentración Hospitalaria, fue planteada como una salida, que en el marco de la teoría de política pública, revelaba la intención de trastocar “las relaciones Estado y entes regionales o locales” (Subirats, 1992, p. 35) en este caso, típico de desconcentración, los entes aludidos serían la CCSS, y los tres niveles de atención, que garantizan la salud pública: hospitales, clínicas y Ebais.

El compromiso de gestión era en ese sentido, la vía planteada originalmente, cuya intención confesa, “era la de expandir la capacidad operativa de los órganos más directamente representativos”; pensando “en aumentar el poder de los entes intermedios”; (Subirats, 1992, p. 32) no obstante, la forma en que fue planteada y operacionalizada la reforma no conducía precisamente a ese fortalecimiento del entramado local administrativo.

El informe final de la consultoría, financiada por BID, “Compromisos de Gestión y rendición de cuentas”, (2000) precisaba con mayor nitidez, la relación existente entre los compromisos de gestión, a partir de una personería jurídica instrumental, que vinculaba las metas de desempeño de los hospitales o centros de salud, con el presupuesto asignado.

Esta es una característica operativa central para la reforma del sector salud en Costa Rica.

La CCSS, inició la desconcentración hospitalaria con un plan piloto, en el año 1997, en el que cubría siete hospitales y cuatro áreas de salud, (Cercone, Duran y Nuñez, 2002, p. 52) el no cumplimiento de los indicadores de desempeño, implicaba una reducción del presupuesto histórico, así lo dejaba claramente planteada la Consultoría realizada por Cercone, Durán y Muñoz, (2002) y que había sido financiada por BID.

Las condiciones económicas de los compromisos de gestión incorporan la implantación del presupuesto *por Producción*, el cual está en función de la actividad hospitalaria (medida a través de las UPHs) y de la tarifa vigente; pero durante las primeras etapas este esquema de asignación de recursos se aplica en forma paralela al *presupuesto* histórico. Uno de los mayores retos es por lo tanto, abandonar el presupuesto histórico y sustituirlo por el de producción. (Cercone, J., Durán, F. & Muñoz, 2000, p.23).

La ejecución de políticas públicas en salud en Costa Rica, dificulta en gran medida la posibilidad de distinguir con claridad entre cada política y los objetivos que le han precedido; posiblemente por esa preexistencia de los objetivos que la guían, con anterioridad, incluso a la concreción del diagnóstico. Queda plenamente demostrado, que tales objetivos existían previamente, antes del diagnóstico realizado por todos los actores involucrados. Ello explica la razón por la que la Reforma, no ha conducido a solucionar el problema del modelo de atención de la CCSS, sino a agravarlo. A pesar de que todo fenómeno tiene explicaciones multicausales, esta reflexión le confiere en un enorme peso explicativo a los instrumentos implementados para alcanzar los objetivos propuestos, (compromiso de gestión, addendum, reglamentos) debido a que todos han conducido en gran medida a un fin instrumental, que ha profundizado y llevado al límite, la llamada

crisis de la CCSS.

Por último y no por ello menos importante se debe hacer referencia a la participación de Actores sociales ligados a la institucionalidad del Estado Costarricense, en este caso directivos y directivas de la CCSS, organismos financieros internacionales y la Sala Constitucional, en tanto actores que configuraron el desarrollo y carácter de la Reforma.

En el plano jurídico el criterio de la Sala Constitucional, Resolución #201007788, deja el espacio para interpretar a derecho la prestación público-privada con financiamiento público, por su parte las y los directivos de la CCSS, tal y como justifica la resolución supra citada, pueden elaborar reglamentos a discrecionalidad, dado que les corresponde a los mismos funcionarios garantizar la prestación y por último los organismos financieros internacionales, mantienen hasta el 2014, (Último documento consultado, para efectos de este artículo) una línea de apoyo al sector salud, en la que los empréstitos estarían vinculados a “a la elaboración de una estrategia integral” para “mitigar los riesgos” que enfrenta la seguridad social. (BID, 2010).

Referencias

- Asamblea Legislativa. Informe de mayoría, Expediente N° 13.980, Comisión especial, Calidad de servicios, compra de servicios privados, utilización de recursos de la CCSS, para la enseñanza universitaria privada, medicamentos y pensiones. (2001).
- Ávalos, Á. (2004). CCSS cierra la gerencia de modernización. *La Nación*, 08/07, 5.
- Bardach, E. (1981). *Problems, of problem Definition in Policy Analysis*. Greenwich: AI JAI.
- BID. (2010). Costa Rica Estrategia de País, del BID, 2011-2014. San Jose, Costa Rica: BID. Retrieved from <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=36308489>
- Castro, M y Martínez, J. (2002). Amenaza el modelo de gestión los principios de la CCSS. *ANEP*.
- CCCSS. (2010). La política Presupuestaria de los seguros de Salud, de régimen de invalidez, Vejez y Muerte y del régimen No Contributivo de pensiones-. San José, Costa Rica: CCSS.
- CCSS. Compromiso de gestión área de salud de Osa. (1999).
- CCSS. Addendum, Compromiso de gestión 2000. Reglamento de desconcentración hospitales, clínicas y áreas de salud (2000).
- CCSS. (2000b). Reglamento General de desconcentración de los hospitales y clínicas de la Caja Costarricense de Seguro social”. San José, Costa Rica: CCSS.
- Cercone, J., Durán, F. & Muñoz, G. (2000). Compromisos de Gestión, Rendición de Cuentas y Corrupción en los Hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Cerna, Z. R. (2006). Planificación, centralización, descentralización y niveles de atención en salud. *Gaceta Médica de Costa Rica, Suplemento*.
- COOPSALUD. Cooperativas de Salud en Costa Rica (2007). Retrieved from <http://coopsalud.blogspot.com/2007/02/cooperativas-de-salud-en-costa-rica>
- Rodríguez, E., Tasies, E. (2001). *SINDICALISMO Y NEOLIBERALISMO: NUEVOS RETOS, NUEVAS LUCHAS 1990-2000*. San Pedro de Montes de Oca, Costa Rica: Escuela de Sociología.

- Federico Tovar. (1997). *Reformas de los Sistemas de Salud en América Latina*. ISALUD, Fundación. Retrieved from http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf1/Reforma.pdf
- José David Guevara. (n.d.). Concertación con “c” de calma: No se trata de sustituir al Congreso. *La Nación*, 6–7.
- López, E., Villalobos, A. (2007). *Dossier Nacional sobre Gobierno de Hospitales públicos: Hacia un modelo de gestión orientado a la cohesión social*. San Jose, Costa Rica: Ministerio de Salud.
- Rodríguez, M. Á. (2008, July). Acto de Sanción de la Ley de Protección al trabajador. *Revista de Ciencias Administrativas*, Vol, 8.
- Saborío, R. (2009). *Constitución política de 1949 y sus reformas*. (CESDEPU, Ed.). San José, Costa Rica.
- Sala Constitucional de la Corte Suprema de. (2010). Res. N° 201007788. Retrieved from <http://sitios.poder-judicial.go.cr/salaconstitucional/ConstitucionPolitica/Sentencias/2010/10-007788.html>
- Salom, A. (1996). Costa Rica: Ajustes y pacto político. *Nueva Sociedad*, 142.
- Salud, C. S. (1991). Informe de Comisión Evaluadora del Sector Salud, en Costa Rica. San Jose, Costa Rica: Ministerio de Salud.
- Sojo, A. (2000). Reformas de gestión en salud en América Latina; los cuasimercados de Colombia, Argentina y Costa Rica. *Serie Políticas Sociales, CEPAL*, 39, 3–57.
- Spengler, j. (n.d.). *De la teoría a la política pública*. (U. de Duke, Ed.). EEUU: Universidad de Duke.
- Stiglitz, J. (2002). *El malestar con la globalización*. (Taurus, Ed.). Buenos Aires, Argentina.
- Subirats, J. (1991). *Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración*. Madrid, España: Ministerio para las administraciones públicas.
- Subirats, J. (1992). EL PROCESO DE FORMACIÓN DE POLÍTICAS en España, algunas hipótesis. *Revista de Estudios Constitucionales*. Retrieved from dialnet.unirioja.es
- UNDECA. (1995). Sexto Congreso Ideológico. San José, Costa Rica: UNDECA.