# NUEVOS MODELOS DE ATENCION DE SALUD *

**Roberto Quirós Coronado**

## 1.- ANTECEDENTES HISTORICOS

Los costarricenses, agobiados por la pobreza material que desde la conquista ha enfrentado el país, comprendimos precisa, temprana y claramente, que no puede existir desarrollo económico sin salud, ni viceversa.

Entendimos también que era posible tener derecho y lograr una atención de la salud sin tener la estructura económica de las grandes naciones industrializadas, que han servido de inspiración en lo económico.

Buscamos los orígenes de la Seguridad Social en un modelo basado en la contribución y en la atención de los trabajadores y los patronos, fundamentados en el "modelo bismarckiano". Así se señaló en la exposición de motivos del proyecto de Ley de Seguros Sociales:

*"EI problema de la morbilidad es uno de los más graves que tiene que afrontar el Estado por las deplorables condiciones fisiológicas en que se encuentra parte de la población asalariada. Los esfuerzos encaminados a mejorar ese estado de cosas se han bifurcado en Costa Rica: por una parte, las organizaciones de beneficencia y por otra la Secretaría de Salubridad"*

El sistema al que se alude, si bien era solidario, era también desigual con aquellos individuos no incorporados en la actividad económica del país; sin embargo, ello fue superado tan sólo ocho años después de promulgada la citada ley que creó los seguros sociales.

Muchos países necesitaron décadas de pensamiento y desarrollo para cambiar ese planteamiento ultrajante de la condición de hombre libre, dando base a dos sistemas: el de los seguros sociales y el de la caridad pública. La verdad es que la mayor parte de los países latinoamericanos no pudieron cambiar este pensamiento, y algunos pocos que lo lograron, compenetrados con las corrientes de pensamiento económico "neoliberal", volcaron todos sus esfuerzos hablando de un nuevo "Sistema de Seguridad Social" basado en dos tipos de organizaciones: las instituciones de salud para los que pueden pagar y la "focalización de la atención de la salud", para los que no pueden pagar y deben ser atendidos por el Estado.

En noviembre de 1941, el Presidente de la República, Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, firmó la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social; el 7 de enero de 1942 se publicó en el Diario Oficial el reglamento a dicha ley, mediante el Decreto Ejecutivo N°l, suscrito además del Presidente por su hermano Francisco Calderón G., en su condición de Secretario de Estado en el Despacho de Previsión Social.

El Capítulo "Riesgo de Enfermedad" señala lo siguiente:

*"ARTICULO 85.- La Caja Costarricense de Seguro Social establecerá la coordinación de sus servicios con los de las instituciones de beneficencia dependientes de la Secretaría de Salubridad, en aquellas secciones de la Caja en que tal coordinación sea posible. "*

*"ARTICULO 88.- La Caja tendrá derecho a obtener para sus asegurados, los servicios gratuitos de la Secretaría de Salubridad y Protección Social, y de todos los departamentos asistenciales e instituciones de asistencia bajo su dependencia. "*

El 1 de febrero de 1949, la Junta Fundadora de la Segunda República encabezada por don José Figueres Ferrer, presentó a conocimiento de la Asamblea Nacional Constituyente, el "Proyecto de Constitución Política

de la Segunda República de Costa Rica". En el mismo se consignaba el siguiente capítulo:

*"CAPITULO V*
*"La Salud y la Seguridad Social*

*"ARTICULO 108.- Todos los habitantes de la República tienen derecho a la protección, conservación y restablecimiento de su 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, reglado por la ley.*

*"ARTICULO 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.*

*"ARTICULO 110.- El Estado protegerá y estimulará, con la debida fiscalización, las instituciones de iniciativa particular, nacionales o de carácter internacional, que se dediquen por razones de humanidad, a labores de salud pública o de asistencia social.*

*"ARTICULO* 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 los de los patronos y trabajadores, tratándose de riesgos de carácter social, y exclusivamente con los de los patronos tratándose de riesgos de orden profesional. El Estado protegerá y estimulará la creación y desarrollo de organismos que llenen igual fin. "*

El pensamiento político de una protección universal nació en esta propuesta y sigue vigente en la actualidad. Lamentablemente, los constituyentes de aquella época no la aceptaron, y lo que se aprobó, y rige hoy, marca un gran contrasentido entre la norma jurídica y la actividad real que desarrolla la Caja Costarricense de Seguro Social.

El actual artículo 73 constitucional reza:

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

*"La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social.*

*"No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales.*

*"Los seguros contra riesgos profesionales serán de exclusiva cuenta de los patronos y se regirán por disposiciones especiales."*

Este artículo fue complementado en 1961 con la reforma al artículo 177, al cual se le estableció el siguiente transitorio:

*"TRANSITORIO.- La Caja Costarricense de Seguro Social deberá realizar la universalización de los diversos seguros puestos a su cargo, incluyendo la protección familiar en el régimen de enfermedad y maternidad, en un plazo no mayor de diez años, contados a partir de la promulgación de esta reforma constitucional. "*

Quedó claramente expresada la disposición política tendiente a la universalización de los seguros y la fijación de un plazo para su ejecución, término que si bien no se cumplió, el resultado a la fecha no admite cuestionamiento.

De manera que, uno de los primeros temas por discutir, antes de profundizar en la organización, reside en la estructura misma

de la norma jurídica superior; debe definirse si se vuelve a lo que ella señala, o se corrige dándole un sentido igual a lo que sucede en la realidad y a lo que pretendemos sea la acción del Estado en el futuro, o sea a garantizar el acceso a los servicios de salud y a la protección de los ciudadanos, independientemente de su condición económica.

## II.- SITUACION FINANCIERA

### A.- DE LOS INGRESOS

El segundo tema por discutir se refiere al financiamiento, puesto que muchas personas extranjeras que analizan el sistema de Costa Rica, señalan que no es posible que este país mantenga un sistema de salud que ni naciones desarrolladas han logrado sostener. Ello plantea la siguiente alternativa: contribuir a que esto continúe así, o destruirlo privatizando los servicios de salud para que cada quien tenga un trato proporcional a su capacidad de pago, y quien no pueda pagar sea parte del grupo "focalizado", y por ende logre sólo lo que la caridad, o el Estado a través de su "sistema de salud pública", puedan darle.

Esto plantea la interrogante: por qué razón debemos pensar los costarricenses, en analizar o establecer un sistema que genera tantas desigualdades, que genera tanto beneficio económico a un grupo reducido, propietario del mercadeo del "sistema", cuando esta etapa ya se superó, y frente al cual tantas generaciones pasadas lucharon por abolir. La inconsecuencia de muchos, frente a la realidad del momento que vive Costa Rica empuja hacia un despeñadero en lo social.

En mayo de 1961 se introdujo la siguiente modificación a la Constitución Política:

*''ARTICULO* 177 *(párrafo tercero)*

*"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 de 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.* "

Pero el tema del financiamiento sigue en la picota. No es posible sostener tal "elefante", aducen unos. Otros demandan que los patronos paguen más, o que el Estado cumpla puntualmente sus obligaciones. La realidad del financiamiento es que, si éste se cumpliera tal como lo establecen las normas legales, la sociedad costarricense podría seguir disfrutando de un Seguro Social, sin término previsible.

El problema se compone de tres partes:

1ª) EL ESTADO: su aporte a la Seguridad Social deviene de las siguientes contribuciones:

i. El pago de la cuota patronal de sus trabajadores, que asciende a1 14%. (En Enfermedad y Maternidad es el 9,25%)
ii. El aporte de su contribución de Estado como tal, por un monto del 0,50%. (En Enfermedad y Maternidad es el 0,25%)
iii. El pago de la atención de los indigentes, el cual se calcula sobre la base de un salario promedio. Además, el pago por la atención de los reos del sistema penitenciario.
iv. La diferencia del costo de atención del programa de los trabajadores independientes.
v. Los ingresos por concepto de Timbre Hospitalario, Lotería y Asignaciones Familiares.

La reforma constitucional citada impuso al Estado la obligación de contribuir económicamente para sostener el desarrollo de los seguros sociales. El tiempo ha demostrado que ello no bastó, que faltó crear la sanción para el gobernante que irrespetara la norma. A la fecha, tal obligación se ha transformado, ante el Ministerio de Hacienda, en un enunciado al que no debe ningún cumplimiento obligatorio específico, como lo indica la Constitución, sino que forma parte de la política global financiera del Estado.

En efecto, mientras que en 1990 el Gobierno tenía que presupuestar un aporte total a la Seguridad Social de ¢14.l00 millones, sólo presupuestó ¢3.200 millones. En 1991, se debió presupuestar ¢18.229 millones; la suma asignada fue de ¢3.590 millones aproximadamente. En 1992, se presupuestó ¢6.775 millones en vez de ¢23.920 millones. Resumiendo, el Ministro de Hacienda dejó de incluir en 1990, el 77% del total de los pagos a la seguridad social; en 1991, el 80%, y en 1992, el 72%.

Esto no es todo el problema sino sólo su inicio, por cuanto el total presupuestado no significa que se le gire efectivamente a la Caja en tiempo, la suma total que corresponde. Ello ha provocado que se acumule, del 1 de enero de 1988 al 30 de abril de 1992, sólo en el Régimen de Enfermedad y Maternidad, la siguiente deuda:

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**
**SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD**

**DEUDA DEL ESTADO**
**(en millones de colones)**

| AÑO | DEUDA |
|---|---|
| 1988 | 2.491.0 |
| 1989 | 2.442.0 |
| 1990 | 3.107.0 |
| 1991 | 5.260.0 |
| 1992 | 1.425.0 |
| TOTAL | 14.725.0 |

Este monto debe sumarse a la deuda pendiente de cancelar, que fue documentada mediante bonos y que del 1 enero de 1986 al 30 de abril de 1992, asciende a ¢6.175 millones. El total de las obligaciones del Estado por pagar al Régimen de Enfermedad y Maternidad es de ¢20.900 millones.

De esta manera, la cuestión es exigir que el gobierno de turno cumpla con lo dispuesto en la Constitución Política. Pero pareciera que en las actuales y futuras circunstancias en las que se desenvolverá la economía del país esto no será posible. Por ello, deberá buscarse, en primera instancia, un ordenamiento del Estado, con el fin de que establezca prioridades de gasto.

Los costarricenses debemos lograr que para el Gobierno una prioridad de gasto sea el sistema de salud. Pareciera que en este anhelo todos estamos de acuerdo. Pero no es así: el paternalismo excesivo y la negativa política basada en entregar el patrimonio nacional a unos cuantos, lo trunca.

Fundamento tal afirmación en un solo hecho: el pago que el Gobierno debe asumir de los regímenes especiales de pensiones (1) para 1993 será igual al pago que debió efectuar a la Seguridad Social, en 1992. Para 1994, el gasto proyectado que deberá efectuar en dichos regímenes será igual o superior al que debiera pagarle a la Caja Costarricense de Seguro Social. Veamos la situación reflejada en el siguiente cuadro:

**REGIMENES ESPECIALES DE PENSIONES**
**(en millones de colones)**

| AÑO | GASTO REAL |
|---|---|
| 1982 | 848,6 |
| 1983 | 1.291,9 |
| 1984 | 1.777,2 |
| 1985 | 2.378,1 |
| 1986 | 3.401,6 |
| 1987 | 4.470,7 |
| 1988 | 6.058,0 |
| 1989 | 7.777,9 |
| 1990 | 10.191,6 |
| 1991 | 12.984,6 |
| 1992* | 17.306,8 |
| 1993* | 22.354,8 |
| 1994* | 28.865,2 |

* Proyección elaborada por el Depto. Actuarial de la CCSS

Efectivamente, el Estado costarricense está en una situación acongojante. Es sencillo decir que tiene que pagar pero es muy difícil que pueda hacerla; sin embargo, los responsables de la administración pública no pueden ampararse a esta situación para no cumplir esas obligaciones, y menos para sostener que la solución sea privatizar la atención de la salud, incluso mediante la venta de medicinas, el cobro de la consulta médica y de otros servicios esenciales.

El gobierno actual ha sugerido una forma distinta de pago al Seguro Social: consiste en endeudarse en el exterior para desarrollar obras o comprar equipo que requiere la Institución. Es así cómo pronto el Gobierno suscribirá un préstamo con el Banco Centroamericano de Integración Económica, el cual comprende un capítulo, para la reconstrucción de la infraestructura hospitalaria de la Zona Atlántica dañada por el terremoto. Por otra parte, se negocia un préstamo con España para la compra de equipo y medicinas.

Esta forma de pago aliviaría en algún sentido la situación del gasto; pero no es tan efectiva porque los problemas de liquidez no necesariamente están centrados en las áreas en que el Gobierno encuentre financiamiento.

Por otra parte, es claro que tales endeudamientos generan el pago de cargas financieras y de presiones monetarias. Las reservas de divisas que según se dice actualmente son altas, nada garantiza que se encuentren en esa forma por mucho tiempo, ni que se mantenga el nivel de paridad con la moneda nacional. El cambio es de denominación, puesto que significa un crecimiento del endeudamiento externo, aunque refleje una disminución del endeudamiento interno. Al final todos lo pagaremos con mayores impuestos.

23) EL SECTOR FORMAL: Está compuesto por las contribuciones de los trabajadores y los patronos. En el caso de los trabajadores, el monto del aporte total a los dos regímenes es del 8%; sólo en Enfermedad y Maternidad es el 5,50%. Para el patrono los porcentajes de contribución son los mismos que para el Estado en similar condición.

Del ingreso institucional total, el aporte del sector privado en la cuota patronal representó, en 1982, el 24,3%; el 28,33% en 1896; en 1991, el 21,47%, y para 1992 se estima en el 22,57%.

Las cuotas de los trabajadores representaron el 22,99% del total de los ingresos de la Institución, teniendo los trabajadores del sector privado una participación del 13,01% y los del sector público del 9,98%. El ingreso por concepto de cuotas de los trabajadores del sector público habría de crecer, de 1991 a 1992, un 18,19%, y las de los trabajadores del sector privado un 15,15%.

La deuda acumulada del sector patronal privado asciende a ¢3.682,8 millones, de la cual prácticamente ¢900 millones han sido declarados o están en proceso de declarase incobrables; ¢1.255,1 millones se tramitan en cobro judicial; ¢305,8 millones se encuentran en arreglo de pago y ¢1.222,8 millones están en cobro administrativo.

Es evidente que se hace necesario un mayor control sobre la evasión del sector privado y más eficiencia en el cobro de las deudas. A diferencia del Estado, que se ha comprometido a pagar sus deudas aunque sea con emisiones de bonos con bajas tasas de interés, la deuda incobrable del sector privado no se recuperará.

La solución, por tanto, no es aumentar las cuotas patronales, o las obreras, ya que se afecta sensiblemente la competitividad de los productos, tanto en el mercado externo como en el interno. La realidad es que otros países que compiten con la producción costarricense obtienen su desarrollo económico sin interesarles tanto las condiciones sociales de sus trabajadores, ni la condición de salud de los ciudadanos del país. La finalidad es hacer negocio; los problemas sociales son responsabilidad de otros.

Ante tales políticas, mal haríamos en seguir incrementando las distorsiones que colocan día a día en desventaja a los productos nacionales, máxime con una desgravación

arancelaria acelerada, recientemente, por la revaluación del colón. Además, no se ha logrado una política adecuada de reconversion industrial, que preparara la industria para su "inserción en el mercado internacional". Más pareciera, como lo han señalado los industriales, que se ha insertado la economía internacional en nuestra propia economía.

Sin duda, estas causas pueden repercutir también en desempleo, crecimiento del subempleo y, por ende, en una contracción del sector privado que repercutirá sobre los ingresos del Seguro Social.

38) LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES: Este es uno de los mayores problemas de la Institución; es aquí donde más claramente se refleja el paternalismo estatal en los costarricenses. Las contribuciones se calculan sobre ingresos inferiores al salario de subsistencia; existe una gran evasión de pago. Además, las tarifas que cobra la institución no estimulan la inscripción de los trabajadores independientes, para el aseguramiento individual. Por otra parte, en esta categoría se encuentran agrupados los convenios de aseguramiento colectivo, que han permitido que personas con ingresos superiores coticen con montos risibles.

Las cuotas de los trabajadores independientes representaron, del total de los ingresos, en 1982, el 2,70%; en 1986, el 2,61%; el 1,35% en 1991; para 1992 se esperaba que representaran el 2% aproximadamente.

En este capítulo puede decirse que hay una gran falta de solidaridad por parte de una buena cantidad de compatriotas, de los que efectivamente deben de pagar. En este sector urgen acciones enérgicas, pero ellas son difíciles de tomar por la acción de los grupos organizados y el temor de los gobiernos a enfrentarlos, dada la fuerza que demostraron en el pasado, mediante el bloqueo de carreteras y acciones que algunos han calificado de subversivas.

### 2.- LOS GASTOS

Las proyecciones indicaban que el gasto habría de crecer, entre 1991 y 1992, un 15% aproximadamente; de 1986 a 1991, creció en un 244,12%. O sea, a un ritmo cercano al 48% anual. En 1986, el gasto en servicios personales representó el 53,38% del gasto total; para 1991, el 56,56% del gasto.

En 1980, la Institución gastó el 6,79% de su presupuesto en compra de medicinas; en 1984, el 7,96%; en 1988, el 9,12%; en 1990 el 6,29%; en 1991, el 9% y para 1992 se había presupuestado solamente el 8,18% Para mantener constante el porcentaje de gasto en medicinas, se requeriría una suma adicional a la presupuestada de ¢365 millones aproximadamente. En 1986, se gastó el 3,25% del total del gasto en maquinaria y equipo; en 1991, fue del 1,78%. Ello indica que la compra de equipo y su renovación es pobre.

Los gastos judiciales ascendieron, en 1986, a ¢4.557.000,oo; en 1992, se presupuestaron ¢29,176.000,00; y en los últimos seis años se ha gastado un total de ¢77.679.800,00 aproximadamente, suma casi igual a la que se gastó el año anterior por "dedicación exclusiva especial". En los últimos tres años los gastos en atenciones médicas en el exterior llegaron a la suma ¢86.144.980,00. Para gastos de atención médica en el país este año se pagará la suma de ¢140.200.000,00.

Es claro que los beneficios concedidos a través de laudos arbitrales y huelgas, justas o no, sumado a la rigidez de la legislación bajo la cual opera el Sector Público (entre ellas la Ley de Administración Financiera, la Ley General de la Administración Pública y la Autoridad Presupuestaria), junto con las limitaciones de gastos o la obligación de superávit que se imponen, hacen muy difícil administrar la Institución con su actual estructura.

## III.- NUEVOS MODELOS DE ATENCION

Algunas personas han planteado la discusión sobre si el modelo actual de la Institución ha sido agotado, ante las razones anteriores y por otras no comentadas, como es la ineficiencia en el funcionamiento institucional, derivada de su pobre respuesta y del

obstáculo impuesto por sus trabajadores, que han determinado el bajo rendimiento de producción y la casi imposibilidad de establecer sanciones.

Es conocida, pero inmodificable, la poca equidad en la distribución de los recursos humanos y materiales, entre las zonas rurales y las urbanas, entre los hospitales de la capital y los hospitales regionales; la aparente satisfacción del usuario por la atención hospitalaria contrasta con la insatisfacción en la atención de la consulta externa y la absoluta incapacidad para corregir deficiencias conocidas por años. Agreguemos, la enorme inversión en atención hospitalaria versus la limitada atención primaria y las acciones insuficientes en medicina preventiva.

Considero que el análisis debe partir de indicador es más generales. Es ahí donde los indicador es de morbilidad y mortalidad denotan que el modelo sigue arrojando satisfacciones al país, pero que a pesar de éstas, la estructura de todo el Sector Salud debe modernizarse y estar más acorde con una Costa Rica cambiante en su estructura poblacional y, por ende, en la transición epidemiológica de infección y desnutrición a un modelo de enfermedades crónicas.

Algunos llaman al cambio como un lema o consigna de acción política, dado que los insatisfechos que se encuentran en el camino son muchos. En el pasado ese tipo de acciones ya se han enfrentado, con resultados insatisfactorios. Por lo tanto cambiar por cambiar no tiene sentido.

El reto radica en la evolución que como institución debemos impulsar, y modernizamos de acuerdo con las exigencias de nuestro medio ambiente. No es un secreto la demanda de un nivel de eficacia y eficiencia de todo el Sector Salud, que con su actual estructura no se puede alcanzar. La pregunta ni siquiera es ¿cuál institución es la que debe asumir el liderazgo?, las preguntas deben dirigirse a cuestionar ¿cómo debemos modernizamos?, ¿cuál debe ser la nueva estructura del Sector Salud? y ¿cómo deberá organizarse éste?

La CCSS ha venido preparándose lentamente en este proceso. La implantación de los sistemas de Medicina Mixta y de Medicina de Empresa fueron algunos de los proyectos incipientes de esa evolución, que surgieron a finales de los setenta Esto se debió, según el criterio de algunas personas, a distintas razones, pero en el fondo una sola es la válida: mejorar el servicio de atención de la salud o, mejor dicho, lograr que la población viva en salud, manteniendo el costo acorde con las posibilidades de pago de la población, en una estructura de contribución financiera aparentemente solidaria para los asalariados, pero efectivamente desigual para los sectores no estructurados -mayoritarios- de la población.

El "experimento" con otros modelos de organización, tales como el de capitación, y el de las cooperativas autogestionarias, ha demostrado que se puede dar mejor servicio, con menores costos, y con más altas satisfacciones, tanto para el usuario como para el profesional y para el trabajador de la Institución. Igual ha sucedido con la concesión del despacho de recetas expedidas en los servicios de Medicina de Empresa, despacho que, se ha demostrado, puede hacerse significativamente más barato y más oportuno que en cualquiera de las farmacias institucionales.

Lamentablemente, por la influencia de intereses, que no son los del usuario, la discusión sobre estos esquemas de organización se ha polarizado. Un buen grupo de trabajadores dice que no sirve y que hay que adversarlo sin contemplaciones. Otros creen en la iniciativa y la capacidad individuales y tratan de cuestionarlo para encontrar fortalezas. Lo cierto es que, de la pugna entre ambos grupos, quienes hemos estado estudiando el proceso de evolución como un todo, hemos determinado mayores razones que fundamentan la necesidad de la renovación acelerada, pero muy condicionada a los estudios que realiza la Institución.

Como de costumbre, aparece información falsa. El argumento de un enriquecimiento acelerado que supuestamente obtienen las cooperativas, a costa de la Institución, producto de un alto monto pagado por asegu-

rada y que se suma al hecho del aporte de instalaciones y equipos sin costo alguno, se confronta con la realidad de los balances financieros auditados, presentados por las cooperativas. Ninguna de nuestras unidades productivas puede enseñar balances parecidos. Resulta interesante observar que tanto las cooperativas, como el contrato con farmacias particulares para dispensación de recetas, disponen de indicadores de producción que todavía no se logran en la Institución.

Podría preguntarse ¿por qué las comunidades de Pavas y Tibás, mayoritariamente, muestran un alto grado de satisfacción? Esta pregunta, que parece muy sencilla de contestar en uno u otro sentido, ha sido motivo de unas seis tesis de profesionales optando por títulos académicos. La razón de esta situación, si es sencilla, tiene una respuesta que no es fácilmente determinable. ¿Cuál de todas las ventajas que recibe el usuario es la que más lo atrae o lo motiva para sentirse identificado con la cooperativa, que lo lleva a obstaculizar cualquier movimiento que se ha intentado generar en las comunidades en contra de las mismas?

En el interior administrativo de la Institución, el proceso no ha sido tan transparente. Se han utilizado muchos argumentos, instrumentos y normas para obstaculizar su funcionamiento. Desde el cuestionamiento permanente de los contratos, la extensión de los servicios más allá de lo que cualquier clínica de la Institución brinda, hasta la obstaculización del trámite de facturas correspondientes a servicios efectivamente prestados, han sido argumentos inútiles.

El atraso tecnológico y la falta de profesionales debidamente capacitados, parecieran encontrarse entre los principales obstáculos del sistema.

En 1991, el gasto per cápita en capacitación, para 244 funcionarios administrativos, fue de ¢19.439,50, mientras que el gasto per cápita en 94 profesionales en ciencias médicas fue de ¢540.784,00. O sea, 94 profesionales en ciencias médicas tuvieron beneficios para capacitación por ¢50.833.706,oo, mientras que 244 trabajadores de la administración sólo pudieron obtener para capacitación ¢4.743.231,00. Con esta flagrante desproporción de apoyo económico para capacitación a los funcionarios administrativos, difícilmente se podrá salir adelante.

Resulta entonces explicable que hasta ahora no exista una verdadera unidad de control y evaluación que dé seguimiento a cada uno de los proyectos en ejecución. Tenemos que participar en la discusión de documentos con información incompleta.

Otro de los elementos que merecen ponderarse dentro del cuestionamiento de este proceso, es el papel asumido por el Ministerio de Salud, en lo que respecta a sus jerarcas. Hasta ahora, el titular de dicho ministerio ha mostrado un lenguaje y una actividad poco congruentes con las políticas del Gobierno, ya que su labor se ha centrado en obstaculizar el pago de los servicios contratados con las cooperativas y a colaborar muy pobremente con las organizaciones comunales que le solicitan apoyo para desarrollar algún programa con una cooperativa.

Por otra parte, los grupos sindicales que representan a los trabajadores de ese ministerio, han sido los más vehementes adversarios del sistema, protagonizando huelgas injustificadas y organizando movimientos adversos en las comunidades.

## CONCLUSION

### HACIA DONDE VAMOS

Decir o pronosticar cuál es el modelo o el derrotero que debemos seguir, denota falta de seriedad.

Difícilmente alguien podría hacerlo con alguna seriedad, sin los estudios que necesariamente deben fundamentar tales predicciones.

Lo evidente, sin embargo, es que debemos evolucionar hacia la delimitación de un nuevo Sector Salud, redefiniendo la función de sus agentes protagónicos. No es posible

continuar con la división que tan conveniente se consideró en los años setenta, sobre las responsabilidades del Ministerio de Salud, por una parte, y de la Caja Costarricense de Seguro Social, por la otra.

Sin duda la CCSS debe evolucionar, en una parte muy importante de su actividad, hacia la medicina preventiva. Es necesario desarrollar conjuntamente con las poblaciones, el concepto de que la salud es responsabilidad de todos y, prioritariamente, que es el ni individuo, provisto de una formación adecuada, quien puede contribuir más por su salud. Coincidimos en que el médico familiar y el comunitario, en unión con los médicos generales debidamente capacitados, tendrán el peso de estas acciones, para la conducción de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS).

Son ellos parte vital en el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y, por ende, del involucramiento de las organizaciones comunales en la acción conjunta de la atención de los problemas de salud, y del desarrollo de los programas dirigidos a los distintos grupos poblacionales, de conformidad con las necesidades y demandas propias.

En la atención secundaria y terciaria, es necesario encontrar sistemas de organización y producción mucho más eficientes, que cuenten con la capacidad tecnológica acorde con el perfil epidemiológico. No necesitamos duplicidades en la compra de equipo sofisticado; se requiere racionalidad.

Asimismo, debemos enfrentar los problemas éticos y el acto de corrupción que envuelve el llamado "biombo", es decir, la utilización indebida de los equipos e instalaciones de la Seguridad Social para atender pacientes particulares, y cualquier acto que signifique aprovechamiento ilegítimo de la necesidad del enfermo.

¿ Qué tipo de organizaciones deben brindar estos servicios? Es algo difícil de responder. Lo que sí es posible advertir es que el modelo de cooperativas autogestionarias o cogestionarias, no es la única respuesta a las posibilidades de organización. Pareciera entonces que pregunta debiera dirigirse a ¿qué y cómo es lo que puede privatizarse?

Es decir, ¿vamos a abrir el país al sistema privado con una amplia participación de los grupos aseguradores, transformando el Seguro Social en un sistema muy básico, preventivo, y obligar a la población a recurrir a los sistemas de aseguramiento adicionales, para poder acceder a una medicina privada costosa? ¿Debemos o no, acercamos al sistema chileno? ó ¿se debe privatizar la administración de las unidades operativas del Ministerio de Salud, de la Caja Costarricense de Seguro Social y del Instituto Nacional de Seguros?

Las respuestas a esas interrogantes sólo podrán darlas estudios científicos específicos, como podrían ser los que deberán elaborarse a través de un acuerdo de cooperación con el Banco Mundial, mediante recursos aportados por el "Grant Japonés". Sólo al final de esa etapa de investigación y diagnóstico, que inicialmente se fijó para abril de 1993, podremos señalar acciones más concretas.

En todo caso, es indispensable exigir a las entidades del gobierno central de la República, la objetividad y la despolitización de las investigaciones. A ello puede contribuir la participación de todos los sectores, para aportar sus criterios sobre el nuevo modelo de salud que deberá desarrollar el país.

Condiciones ineludibles en cualquier modelo a adoptar serán: que se adopte el concepto de protección universal, que la capacidad de protección del sistema no esté dada por el pago del individuo, que no se condicione el pago de la medicina y que no sea la posibilidad de enriquecimiento por la comercialización del acto médico una guía de conducta.

Nuestro apoyo será incondicional para cualquier proyecto que no condicione, ni limite, el desarrollo y la protección de los individuos, especialmente los de mayor riesgo.

junio de 1992.

**REFERENCIAS**

1) Comprende: Magisterio Nacional, Hacienda, Obras Publicas, Comunicaciones, Registro Público, Poder Judicial y otros especiales.

*) El presente trabajo contiene parte de las exposiciones que el autor presentó ante el Taller sobre Nuevas Modalidades de Atención, convocado por la Organización Panamericana de la Salud, en mayo de 1992, en San José.

La Seguridad Social cuenta con un instituto especializado en rehabilitación. Se trata del Centro Nacional de Rehabilitación "Humberto Araya Rojas" (CENARE).