

INT-1131

c. 1

Borrador para discusión
Sólo para participantes

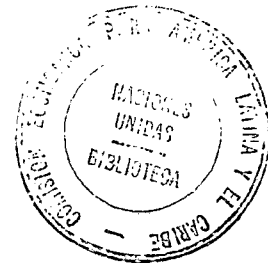
3 de Agosto de 1992

e. 1

CEPAL
Comisión Económica para América Latina y el Caribe

"Proyecto Regional sobre Reformas de Política para
Aumentar la Efectividad del Estado en América Latina
y el Caribe (HOL/90/S45)"

Seminario Regional sobre Reformas de Política Pública
Santiago, Chile, 3 - 5 de Agosto de 1992



REFORMAS RECIENTES EN EL SECTOR SALUD DE COSTA RICA
(Informe Preliminar)

Ludwing Güendel G.
Juan Diego Trejos S.

24 AGO 1992

Este documento fue elaborado por los señores Ludwing Güendel G. y Juan Diego Trejos S., para el Proyecto Regional "Reformas de Política para Aumentar la Efectividad del Estado en América Latina y el Caribe" (HOL/90/S45), que realiza la CEPAL con el financiamiento de los Países Bajos. Las opiniones expresadas en este trabajo, el cual no ha sido sometido a revisión editorial, son de la exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

REFORMAS RECIENTES EN EL SECTOR SALUD DE COSTA RICA

Informe Preliminar

Ludwing Güendel G.
Juan Diego Trejos S.

Junio, 1992

REFORMAS RECIENTES EN EL SECTOR SALUD DE COSTA RICA
Informe Preliminar¹

Ludwig Güendel G.
Juan Diego Trejos S.

I. INTRODUCCION

Luego de las amplias transformaciones sectoriales emprendidas durante el decenio de los años setenta y que buscaron la universalización del acceso a los servicios estatales de salud, el país se enfrenta a una crisis económica de desconocidas proporciones. Su impacto así como los esfuerzos siguientes de estabilización y ajuste estructural obligaron a replantearse el accionar estatal en todos los campos y en particular en el ámbito de la provisión de los servicios de salud.

Así, desde 1980 se vienen planteando en Costa Rica una serie de propuestas dirigidas a obtener algunas reformas en las políticas de salud. Sin embargo, es a partir de 1985, coincidiendo con la aplicación del Programa de Ajuste Estructural, que estas cristalizan en medidas de mayor trascendencia, aunque con una proyección todavía limitada. No obstante y en comparación con lo que ha ocurrido en áreas como la de la política económica y la del sector productivo del aparato estatal, ésta se ha distinguido por ser lenta y conservadora.

Un hecho interesante es que dicho proceso de reforma, pese a que por momentos se ha planteado desde una perspectiva global, es decir, considerando la organización y funcionamiento del sistema de salud en general, ha sido impulsado de manera muy parcializada. Razón por la cual, presenta un desarrollo y características diferentes en el Ministerio de Salud (MS) y la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), principales instituciones del sector.²

¹ Informe preparado para la División de Desarrollo Económico de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Junio 1992.

² Aunque éstas no son las únicas instituciones del sector, si son las más importantes y las que tienen que ver directamente con la prestación de los servicios típicos de salud. Por ello, el análisis de las reformas, a partir del decenio de los ochenta, se concentrará en estas dos instituciones.

En el Ministerio de Salud las reformas han sido pocas y se han concentrado, básicamente, en dos aspectos : la reforma administrativa y la organización de los Sistemas Locales de Salud. Cabe destacar, que esta institución ha venido perdiendo poder político, y recursos, en el sector y el protagonismo en las políticas de salud que la distinguieron durante los años setenta, lo cual ha minimizado el impacto de sus reformas en la organización del sistema de salud.

Por otra parte, la Caja Costarricense del Seguro Social se ha caracterizado por una mayor beligerancia en la aplicación de las reformas, lo cual se ha manifestado en el impulso de experiencias piloto, de diversa índole, en el área de la consulta externa y en una política más sistemática de reestructuración administrativa tendente a aumentar la eficiencia del proceso de trabajo y la productividad de sus políticas. Aunque muchos de estos cambios, principalmente los referentes a los llamados modelos de atención, no han podido ampliarse suficientemente como para hablar de una reforma estructural, sino que se han dado de manera incremental.

Contrario al Ministerio de Salud, la Caja, aún cuando ha padecido una profunda crisis financiera en la década pasada, ha venido consolidando el predominio en el sector salud, tanto que, incluso, ha comenzado a abarcar campos de la medicina preventiva que habían sido ocupados exclusivamente por el Ministerio.

Intentando realizar un esfuerzo de periodización y de reconstrucción del proceso que ha seguido la política de reforma de la política de salud, se pueden identificar tres etapas. La primera abarca la Administración Carazo Odio (1978-1982), principalmente a partir de 1980 cuando se intensifica la discusión acerca de las políticas de salud que lleva a cabo la Caja Costarricense del Seguro Social y los problemas financieros de la institución. En este período, pese a que el Ministerio de Salud desarrolló una política muy interesante de promoción de la salud y de la participación comunitaria, la tematización de las políticas de salud se centró en el accionar del Seguro Social.

La segunda etapa se ubica en los tres primeros años de la Administración Monge Álvarez, la cual, en el marco de acuerdos suscritos con el Fondo Monetario Internacional, impulsó un programa de control del gasto y reducción del déficit en el sector público, que obligó a las diferentes instituciones de bienestar y asistencia social a diseñar medidas de reorganización administrativa que permitieran satisfacer el crecimiento de la demanda de servicios tomando en cuenta niveles más bajos de ingresos. En este período se impulsó con mayor claridad y coherencia algunas acciones tendentes a la reestructuración de la política de salud. Por ejemplo, se fomentaron acciones dirigidas a alcanzar una integración de servicios entre la Caja y el Ministerio de salud. No obstante, estos avances, se mantuvo el

predominio de una intencionalidad más administrativista, como resultado de una acción más bien reactiva a las políticas de contención del gasto en lugar de formar parte de una estrategia de "ajuste", y se postergaron algunas reformas sustantivas que exigían una voluntad política más decidida.

La última etapa comprende el período en el cual el gobierno inicia la aplicación de los programas de ajuste suscritos con el Banco Mundial, hasta la actualidad. En estos años se visualiza una intencionalidad más clara, en ciertas instancias gubernamentales y estatales en general, para reformar la política de salud. Se plantean en la Caja proyectos piloto que procuran un cambio en el modelo de atención, tales como el arrendamiento de la administración de clínicas a cooperativas conformadas por profesionales en Ciencias de la Salud y el modelo de capitación, y se asume la política de creación de los Sistemas Locales de Salud promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Hay que hacer notar, que a pesar de que algunas de estas acciones enfrentan una menor resistencia en esta etapa, la reforma tiene todavía un impacto limitado, y se sigue apostando a la estrategia que busca un aumento en la capacidad institucional, lo que conduce a privilegiar los esfuerzos de capacitación y las actividades de planificación y control organizacional.

Sin duda, el carácter que presenta el régimen político en nuestro país obstaculiza cualquier esfuerzo de radicalizar los cambios en la política de salud. De hecho, la existencia de una compleja red de interacciones políticas obliga a someter a la negociación y la transacción cualquier propuesta reordenadora.

El objetivo de este estudio es el de documentar los cambios introducidos en el decenio de los ochenta, poniendo énfasis en el carácter y lógica de las reformas, sus condicionantes y actores principales. No obstante, antes de iniciar su análisis es necesario a manera de contexto introducir una breve caracterización de la evolución institucional en el período previo y del marco macroeconómico que condiciona y obliga a emprender las transformaciones durante los años ochenta.

II. LA EVOLUCION DE LA PRESTACION ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD HASTA 1980

Antes de 1920 la acción estatal en el campo de salud se circunscribía a débiles y esporádicas medidas de control e intervención ante epidemias por medio de la Secretaría de Beneficiencia. Las acciones curativas recaían en grupos voluntarios y en acciones de caridad, principalmente a través de juntas de protección social y al no existir grandes

concentraciones de riqueza ni una población numerosa. Los servicios privados eran modestos.

2.1 El inicio de las políticas de Salud Pública.

Las acciones en el ámbito de la salud pública se iniciaron en la década de los años veinte con la creación de la Secretaría de Higiene y Salud Pública en 1922, elevada al rango de Ministerio en 1927, la promulgación de la Ley sobre Protección Social y Salubridad Pública (1923), que constituyó el primer código sanitario de Costa Rica y la creación del Banco de Seguros (1924) encargado de cubrir los riesgos laborales (Jaramillo 1983). Bajo la dirección del nuevo ministerio (Ministerio de Salubridad y Protección Social) y en el campo asistencial se pusieron los hospitales, los lazaretos, los hospicios, las casas de maternidad y las organizaciones protectoras de la infancia. También en este campo se establecieron las Unidades Sanitarias en sustitución de los "médicos de pueblo" (Rosero 1983).

En el campo preventivo las acciones inicialmente se concentraron en la sanidad escolar y el control de epidemias, de la anquilostomiasis y de la viruela. Luego cobraron vigor las campañas antimalárica y la lucha antituberculosa y la antivenérea. Se introdujo también el concepto de saneamiento ambiental y el control de medicinas, alimentos y bebidas. En esta década se notan avances importantes en los indicadores de salud ya que la esperanza de vida al nacer aumentó en siete años para situarse en 42.2 años, luego de permanecer en alrededor de los 35 años desde los inicios del siglo (Rosero y Lamaño 1983).

En el decenio siguiente no se perciben cambios institucionales de importancia, aunque corresponde a un período de gran efervescencia política, que incluye la fundación del partido comunista (1934). Aquí empiezan a ganar importancia las propuestas en torno a la creación de los seguros sociales, propuestas que se venía planteando desde el período previo por el Partido Reformista. Más aún en 1929 se había preparado y aprobado un proyecto para la creación de una caja para la atención de las emergencias médicas de los trabajadores con financiamiento bipartido de patrones y obreros. (Proyecto Koberg). No obstante, las limitaciones económicas así como las circunstancias políticas impidieron su nacimiento, aunque sentaron las bases para las transformaciones que darían en los años cuarenta (Rosemberg 1980). En este lapso siguen mejorando los indicadores de salud pero en términos más modestos (Ver Cuadro No 1).

CUADRO No 1
COSTA RICA: INDICADORES SOBRE LA EVOLUCION DE LA SALUD.1930-1980
- Cifras Absolutas y Relativas -

INDICADOR	1930	1940	1950	1960	1970	1980
Esperanza de vida al nacer (años)	42.2	46.9	55.6	62.6	65.4	72.6
Tasa de mortalidad infantil (por mil)	172.0	137.0	95.0	80.0	67.0	21.0
Tasa de mortalidad en edades 20-49 (por 10000)	102.0	86.0	47.0	25.0	24.0	18.0
Gasto público en salud per cápita (US\$1970)	11.0	15.0	8.0	14.0	37.0	65.0
Gasto público en salud respecto al PIB (por ciento)	...	...	2.2	3.0	5.6	7.4
Camas de hospital (por mil habitantes)	...	5.6	5.1	4.6	4.1	3.3
Egresos hospitalarios (por mil habitantes)	...	...	95.0	101.0	111.0	117.0
Consultas externas (per cápita)	...	...	...	1.1	2.0	2.9
Médicos (por 10000 habitantes)	2.7	2.7	3.1	2.8	5.6	7.8
Defunciones con certificación médica (por ciento)	44.0	55.0	60.0	65.0	71.0	84.0
Partos institucionales (por ciento)	...	...	20.0	49.0	70.0	91.0
Población con seguro de enfermedad (por ciento)	0.0	0.0	8.0	15.0	39.0	78.0
Población con agua por cañería (por ciento)	...	...	53.0	65.0	75.0	84.0
Población con servicio sanitario (por ciento)	...	...	48.0	69.0	86.0	93.0

... no disponible

FUENTE: Rosero (1985)

2.2 El nacimiento de la Seguridad Social

En 1942, durante la administración Calderón Guardia, la confluencia de las iniciativas del Estado, las encíclicas de la Iglesia y el programa del partido comunista posibilitaron la creación de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), aunque no libre de antagonismos por parte de los empresarios, los mismos obreros, el gremio médico y un sector del gobierno (Miranda 1988). Con ellos y a partir de setiembre de 1942 se dispuso la implantación del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) para el Área Metropolitana y las principales cabeceras de provincias, con carácter obligatorio para los trabajadores asalariados con sueldos menores a 400 colones por mes. Entre 1944 y 1947 se extendió este seguro, con protección familiar, a una importante área del Valle Central del país que revertía características de población rural (Miranda y Asís-Beirute 1989)

Cabe señalar que durante este período, el desarrollo de la CCSS fue lento y que un intento por extender los servicios médicos en 1946, para la cual se requería pasar el tope de ₡400 a los ₡1000 como salario mensual máximo para acceder obligatoriamente al seguro, fue abortado por la primera huelga médica encabezada por la Unión Médica Nacional (Miranda 1988:50). No obstante, la revolución de 1948 ganada por un grupo opositor a Calderón Guardia y jefada por José Figueres, lejos de derogar las reformas sociales, las consolidaron y le van a imprimir un fuerte impulso en las décadas siguientes.

Así para 1950, apenas el 8% de la población del país, equivalente al 23% de la población activa (64 mil personas) se encontraban cubiertas por el SEM. Cabe señalar que en el decenio de los cuarenta y el de los cincuenta se dan las mayores ganancias en la esperanza de vida e importantes reducciones en la mortalidad (ver cuadro No.1). En ello tiene mucho que ver la importación de nueva tecnología de bajo costo y alta eficacia (Rosero 1985:11).

2.3 El establecimiento de la Medicina Social.

Las décadas de los cincuenta y sesenta van a ser testigos del nacimiento y consolidación de la medicina social gracias al fuerte crecimiento que tuvo el SEM en este período. El antagonismo que enfrentó la CCSS y el abuso en el cobro de los servicios profesionales por parte de la Unión Médica y la Junta de Protección Social de San José, hizo que la institución se inclinara rápidamente por la creación de servicios propios y por la formación de los recursos humanos que necesitaban. Esto diferenció la institución que pasó de financiadora a prestadora de servicios. (Miranda 1989:116).

Así en los cincuenta se abre el Hospital Central, hoy Hospital Calderón Guardia, como el primer centro hospitalario estatal y se amplió la cobertura al área rural (Turrialba) y al área urbana (Heredia). En 1956 se crea el seguro familiar al modificarse el reglamento del SEM para introducir la cobertura familiar obligatoria para la esposa o compañera, los hijos menores de doce años y para los padres si fueran dependientes del asegurado directo. En 1959, como respuesta a la crisis financiera que produjo la ampliación de los servicios se autorizó la elevación del tope salarial de cotización a ₡1000 colones mensuales (aproximadamente US \$150). El Ministerio de Salud también fue fortalecido a raíz de las reformas legales de 1951 con lo cual se amplía el control de los hospitales en manos de juntas de protección social y se intensifican las acciones en el campo de la prevención. Ello coadyuda al fuerte mejoramiento que muestran los indicadores de salud en este decenio (Ver cuadro No.1).

En los años sesenta el énfasis se pone en la formación de los recursos humanos que el sistema requiere y en la generación de la infraestructura hospitalaria. Así se crea la Facultad de Medicina en la Universidad de Costa Rica (1960) y a partir de 1966 se inicia la enseñanza de la medicina en el Hospital Central. La ampliación de la cobertura continúa con el establecimiento de los hospitales periféricos y en 1969 se inaugura el Hospital México como el centro de atención más especializado del país. En 1969 se produjo otra decisión política trascendental al modificar la Asamblea Legislativa la Constitución Política, agregando un transitorio al artículo 177 que le impuso a la CCSS la obligación de entender a toda la población el SEM y le fijó un plazo de diez años para hacer realidad el principio de universalización (Miranda 1989:63) Hacia 1970, el 47% de la población estaba cubierta por este seguro lo que significaba cerca de 805 mil personas, esto es, un crecimiento de 12 veces en veinte años.

En la década de los sesenta, los logros en términos de indicadores de salud son menores debido a la finalización de la etapa de descenso fácil de la mortalidad. Sin embargo, los hechos reseñados más la apertura del Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ICAA) en 1961, del Hospital de Niños y el inicio de los programas de vacunación contra la tosferina, sarampión y tétanos, junto al inicio de los programas de planificación familiar, van a sentar las bases para los espectaculares descensos en la mortalidad infantil registrados en los setenta (Rosero 1985:11).

2.4 La Universalización de la Medicina Social

En 1970 asume la presidencia de la República don José Figueres Ferrer en su tercer mandato presidencial. Con ello se

incian las transformaciones más importantes en el sector salud, transformaciones que son posibles en parte por la continuidad del Partido Liberación Nacional en el poder por un periodo adicional y a cargo del Lic. Daniel Oduber Quirós (1974 / 78). Esta continuidad significa un rompimiento de la alternabilidad que había caracterizado la gestión pública desde la revolución de 1948.

Así en 1970 se prepara el Primer Plan Nacional de Salud donde se redefinen las funciones del Ministerio de Salud, especializándolo en los servicios preventivos y asignándole a la CCSS la totalidad de los servicios asistenciales. Para ello se modifica, en 1971, la Ley Constitutiva de la CCSS posibilitando el rompimiento definitivo de los topes de cotización, buscando darle cumplimiento a la reforma constitucional aprobada 10 años atrás. En 1973 se dicta la Ley General de Salud, que reforma al Ministerio de Salud y le da un nuevo nombre y se aprueba la Ley de Traspaso de Hospitales. Con ello se inicia un proceso que culmina en 1977 por medio del cual todos los hospitales del país, privados o públicos, pasan a manos de la CCSS configurándose el Sistema Hospitalario Nacional.

En 1974 se aprueba la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares que crea el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), fondo que permite financiar las acciones preventivas del Ministerio de Salud a través de los programas de Salud Rural y comunitaria y que adoptan la estrategia de atención primaria. Estos fondos también posibilitan el financiamiento de la construcción de acueductos rurales y el fortalecimiento de los programas de nutrición, tanto de preescolares (centros CEN-CINAI) como de escolares (Comedores Escolares). También a partir de 1975 se amplía el SEM a los trabajadores no asalariados y en forma voluntaria y al traspasarse los hospitales, el SEM se hace cargo de la atención de los indigentes en forma gratuita y costado por el Estado. Se estima que al final de los setentas, el 78% de la población está cubierta por el SEM (1.800 mil personas).

Esta reorganización no sólo permitió un uso más racional de los recursos del sector salud, sino que además fue extraordinariamente exitosa. En sólo diez años, la esperanza de vida se incrementó en 7.2 años para situarse en 73 años y la tasa de mortalidad infantil se redujo un 70% para alcanzar el 21 por mil. Rosero (1985:26) estima que el 41% de esta reducción se debe a expansión de la atención primaria, que el 32% a la atención secundaria y el resto es explicado por el progreso socioeconómico (22%) y la reducción de la fecundidad (5%).

Así al inicio del decenio de los ochenta la medicina costarricense está socializada en una elevada proporción. El gasto público en salud representa el 7% del Producto Nacional Bruto, lo que refleja la elevada prioridad que tiene el sector.

Entre un 80% y 90% de la población tiene acceso a servicios de agua y dispone de servicio sanitario, letrina y está protegida por el SEM (ver cuadro No.1). Adicionalmente, alrededor del 60% de la población rural está protegida por el programa de Salud Rural y el 55% de la urbana por el Programa de Salud Comunitaria. (Miranda y Asís-Beirute 1989).

Institucionalmente, la CCSS representa el 67% del gasto público en salud, básicamente en atención curativa (37 % en 1970), el Ministerio de Salud aporta el 16% del gasto para programas de atención (45% en 1970), el ICAA gasta el 10% (11% en 1970) de los recursos del sector en el suministro de agua y alcantarillado y el restante 7% lo aporta el Instituto Nacional de Seguros (INS) en la administración y manejo del seguro de riesgo y accidentes laborales (7% en 1970).

Como lo reseña el cuadro No.2, esta política permitió una amplia distribución de beneficios entre toda la población y los grupos de menores ingresos no sólo han tenido igual acceso a todos los tipos de servicios, sino que además obtienen una alta fracción de los beneficios. En términos per cápita, el beneficio medio de una persona del decil más pobre de las familias del país es dos veces más grande que el beneficio recibido por un miembro de las familias ubicadas en el decil más rico. Así, el gasto público en salud es muy progresivo e incrementa significativamente el ingreso real de las familias más pobres.

III. EL MARCO MACROECONOMICO DE LAS REFORMAS DE LOS OCHENTA

Para comprender las propuestas de reforma a partir de los ochenta hay que tener claro cual fue la evolución económica particular que condicionó y modificó las propuestas. Este período puede dividirse con fines analíticos en cuatro subperíodos con características particulares. Cada uno de ellos se asocia con distintas administraciones gubernamentales que le dan su propio giro.

3.1 La crisis económica (1980/82)

En el año 1978 llega al poder el Lic. Rodrigo Carazo Odio al mando de una coalición heterogénea de oposición al partido Liberación Nacional. Dentro de ella se encontraban grupos socialcristianos con grupos neoliberales sin un predominio de ninguno lo que le daba muy escasa capacidad de gestión coherente al gobierno. Simultáneamente factores estructurales y conjunturales, externos e internos, que no viene al caso especificar aquí, deterioraron rápidamente la situación económica de manera que para 1980 ya eran claros los síntomas de la crisis

CUADRO No 2
COSTA RICA: DISTRIBUCION DEL SUBSIDIO GENERADO POR
PROGRAMAS DE SALUD PUBLICA. 1982/83
- Cifras Relativas -

ESTRATOS DE INGRESOS 1	SUBSIDIO TOTAL	ATENCION PRIMARIA	CONSULTA EXTERNA	HOSPITA- LIZACION	NUTRI- CION	VARIACION INGRESO 2
Todas las Familias	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	10.4
10% más pobre	15.4	10.8	10.7	17.3	18.8	96.3
20% más pobre	31.8	22.1	22.6	35.8	36.9	64.6
20% siguiente	19.4	23.3	23.2	14.3	32.3	19.2
20% siguiente	17.7	21.6	19.8	17.1	14.1	12.7
20% siguiente	18.8	18.8	22.5	19.3	10.5	9.2
20% más rica	13.2	14.2	12.0	13.5	6.3	2.6
10% más rica	6.9	7.4	4.7	8.8	2.2	2.1

1/ Las familias están ordenadas según su ingreso per cápita.

2/ Aumento relativo en el ingreso familiar al incorporarle el subsidio en salud.

FUENTE: Sauma (1990).

económica, crisis que alcanza su mayor intensidad en 1982³.

Los efectos macroeconómicos en este ajuste no deseado y mal dirigido se resumen en una caída de 10% del PIB en dos años, y del 21% en el consumo per cápita, una duplicación de las tasas de desempleo y una pérdida del 40% en el poder adquisitivo de los salarios. Los precios más que se duplican y el tipo de cambio se multiplicó por más de tres. (Ver cuadro No.3)

El sector salud no estuvo ajeno a este desarrollo y los recursos reales se redujeron un 31% en tres años. (Ver cuadro No.4). Un mal manejo de las instituciones, en particular la CCSS incrementaron las dificultades llevando cerca del colapso a esta institución que recién se había hecho cargo de todo el Sistema Hospitalario del país. Se estima que al final de 1981 el déficit acumulado de la CCSS sumaba los 2000 millones de colones (equivalente al 74% de los gastos del SEM en ese año) (Miranda 1988:152). Este déficit que empezó a surgir en 1979, producto tanto del aumento de los gastos nominales como de la contracción de los ingresos efectivos, desembocó en una pérdida de eficiencia operativa del sistema. Esta pérdida si bien no se visualizó en un deterioro de los indicadores de salud (mortalidad y esperanza de vida), éstos si se estancaron y se produjo un retroceso tanto en la cobertura del SEM como de los programas de salud rural y salud comunitaria (Miranda y Asís-Beirute 1989).

3.2 La estabilización y reactivación (1983/85)

En marzo de 1982 asume el gobierno el Partido Liberación Nacional al mando de Luis Alberto Monge Alvarez con la prioridad de reestablecer la estabilidad económica e iniciar un proceso de recuperación de la actividad económica. Para ello ejecuta, con apoyo financiero externo, un programa de estabilización caracterizado por un ajuste expansivo de tipo heterodoxo. Con él se busca reducir los desequilibrios financieros sin contraer más la demanda interna y estableciendo mecanismos de compensación social para aliviar los costos de la crisis y del ajuste posterior.

Entre 1983 y 1985 el aparato productivo se reactiva creciendo a una tasa cercana al 4% anual. Con ello se acelera la generación de empleo y se logra una recuperación importante del poder adquisitivo de los salarios (Ver cuadro No. 3). Lograda una parte importante de la estabilidad, empieza a ganar énfasis el objetivo de reactivación. Ello se da en el marco de un menor consenso sobre la dirección, mayores presiones sociales y un

³ Existe una amplia literatura que busca desentrañar las causas de la crisis y las políticas seguidas. Ver por ejemplo Céspedes et.al. 1990

CUADRO No 3
COSTA RICA: ALGUNOS INDICADORES SOBRE LA EVOLUCION MACROECONOMICA
A PARTIR DE LOS AÑOS OCHENTA
- Tasas de Variación media anual -

INDICADORES	PERIODOS (1)			
	1980/82	1983/85	1986/89	1990/91
PRODUCCION Y ACUMULACION				
PIB real (2)	-3.2	3.8	4.8	2.3
Inversión real (2)	-18.5	12.9	7.6	0.0
Exportaciones FOB (3)	-4.6	3.9	9.5	6.1
INGRESO Y CONSUMO				
PIB per cápita real (2)	-5.1	0.9	2.1	-0.1
Consumo per cápita (2)	-7.6	2.8	2.3	-0.1
Salario promedio (4)	-10.7	7.6	1.3	-2.7
EMPLEO Y DESEMPLEO				
Ocupados totales	1.6	2.9	4.5	n.d.
Desempleo abierto (5)	8.0	7.4	5.3	5.1
PRECIOS				
Precios minoristas	44.2	13.0	16.7	26.2
Tipo de cambio nominal	65.3	9.3	12.8	26.5
Términos de intercambio	-4.8	3.3	-0.8	-2.0
DESEQUILIBRIOS GLOBALES				
Déficit fiscal/PIB (6)	11.9	2.3	1.2	3.6
Déficit comercial/PIB (6)	9.9	3.1	3.9	7.5

1/ Todas las cifras con excepción del desempleo abierto y los desequilibrios globales corresponden a tasas de variación.

2/ En colones de 1966.

3/ En dólares

4/ En colones de 1975.

5/ Porcentaje de fuerza de trabajo, promedio simple del periodo.

6/ Promedios simples del periodo.

FUENTE: Estadísticas oficiales del BCCR, MIDEPLAN, DGEyC y CCSS.

fortalecimiento de la condicionalidad cruzada entre el AID, el FMI y el BM, presionando por una aceleración del proceso de ajuste y por una orientación más liberal.

En el sector salud se aplica una política de recuperación financiera de la CCSS y de mejoramiento de la eficiencia. Para ello, entre otras cosas se apuntaban los ingresos incrementando las cuotas obreras y patronales y se aplica una política de integración de servicios MS/CCSS. Como se observa en el cuadro No.4, para 1985 las instituciones del sector ya prácticamente habían recuperado su nivel de gasto real precrisis. Aunque ello es generalizado esto se logra a través de un mayor peso de las cuotas obreras y patronales dentro de los ingresos del sector (Ver cuadro No.5). En este período se inicia la recuperación de los indicadores de salud y aumenta nuevamente la cobertura efectiva de los programas.

3.3 La promoción del sector Exportador (1986/89)

Aunque desde 1984 se empiezan a tomar una serie de medidas de más largo alcance, como el primer préstamo de ajuste estructural en 1985, no es sino con el cambio de administración y la llegada al poder del Dr. Oscar Arias Sánchez que se consolidan los esfuerzos por desarrollar un modelo de crecimiento basado en la expansión de las exportaciones y en particular en aquellas dirigidas a mercados fuera de la región centroamericana. Para ello se fortaleció la política de minidevaluaciones y se aplicó una política salarial más cautelosa.

La producción aumentó su ritmo de expansión al situarse alrededor del 5% anual y las exportaciones se tornaron en el factor dinamizador al crecer globalmente a casi un 10% anual y las no tradicionales al 27% anual. El empleo siguió mejorando aunque al costo de un freno en la recuperación de los salarios y la inversión continúa creciendo sostenidamente.

Cabe señalar que al corresponder a un segundo mandato consecutivo del partido Liberación Nacional fue posible darle una gran continuidad a las políticas y completar reformas que se venían gestando. Así la conducción de la política económica continuó en manos del Dr. Eduardo Lizano, quién se mantuvo como presidente del Banco Central y las acciones en el sector salud contaron con el liderazgo del Dr. Guido Miranda quién continuó al mando de la CCSS.

Esto permitió a esta institución seguir recuperando y superando los recursos a su disposición, suerte que no corrió el MS, institución que vio reducidos sus recursos reales dentro del marco restringido que le imponía la disciplina fiscal. Esto significó en la práctica una intervención más intensa y creciente de la CCSS en las acciones preventivas o de atención primaria de

CUADRO No 4
COSTA RICA: EVOLUCION DE LOS GASTOS PUBLICOS REALES
EN EL SECTOR SALUD, 1980-1991.
- Cifras Relativas -

ANOS Y PERIODOS	TOTAL SECTOR SALUD	ATENCION PRIMARIA (MS)	ATENCION CURATIVA (CCSS)	SUMINISTRO DE AGUA (ICAA)	RIESGOS LABORALES (INS)
INDICE 1979 = 100					
1982	68.7	72.6	70.5	51.9	64.8
1985	97.3	97.8	96.4	94.9	109.3
1989	132.7	94.2	138.1	151.8	141.6
1991	130.3	89.8	141.1	89.8	177.7
VARIACION MEDIA ANUAL					
1980/82	-11.8	-10.1	-11.0	-19.6	-13.5
1983/85	12.3	10.4	10.1	22.3	19.1
1986/89	8.1	-0.9	9.4	12.4	6.7
1990/91	-0.9	-2.3	1.1	-23.1	12.2

NOTA: deflatados con el índice de precios minorista.

FUENTE: Sanguinetty (1988) y Vallejo e Iunes (1991).

la salud y una dependencia cada vez mayor de sus fuentes de ingreso para el financiamiento de todo el sector salud. Como ello tiene límites claros, en este período se inician las experiencias por parte de la CCSS por diversificar la consulta externa e incrementar por este medio la eficiencia del sistema.

3.4 El retorno a la estabilización (1990/91)

Aunque el comportamiento de la inversión y de las exportaciones ofrecían indicios de que se estaba en presencia de un crecimiento sostenido, la presión creciente de los grupos de interés empiezan a erosionar los equilibrios fiscales y comerciales a partir de 1989, proceso que se agudiza en 1990, año que coincide con el relevo de la administración liberacionista por una de oposición al mando del Lic. Rafael Calderón Fornier.

Como grupo de oposición al partido Liberación Nacional, continúa siendo una mezcla heterogénea, con predominio en el campo económico de la visión ortodoxa neoliberal. Así el énfasis de la gestión se concentra, en los dos primeros años de esta administración, en restablecer los equilibrios macroeconómicos siguiendo un esquema claramente ortodoxo recesivo. Ello, que implica un recorte de los gastos sociales, entra en contradicción con los intereses del presidente Calderón, en particular en el campo de la salud, ya que su padre es el fundador de la CCSS. Por ello sin renunciar al carácter de la medicina social, el énfasis se pone en la diversificación de la oferta a través de la proscripción privada de los servicios de salud. No obstante, el instrumento básico para su ejecución lo constituye la Ley de Democratización del Sector Público, Ley que se encuentra aún sin la aprobación de la Asamblea Legislativa.

Con estos antecedentes es posible incursionar en las reformas emprendidas en el decenio de los ochenta. A continuación se presenta una reconstrucción más detallada de este proceso de reformulación de la política de salud.

IV. LA ADMINISTRACION CARAZO Y LA POLITICA DE SALUD: ENTRE EL INTERREGNO Y LA REFORMA

La coalición Unidad triunfó en las elecciones de febrero de 1978, después de ocho años de gobierno liberacionista, en los cuales se realizó la más importante ampliación del aparato estatal, particularmente en el campo social. Ella cobijaba grupos políticos y económicos con posiciones y orígenes muy diferentes: liberales, demócratacristianos y socialdemócratas alejados de las tiendas liberacionistas como lo era el propio presidente Carzo. Sin embargo, tales sectores coincidían en la crítica hacia el intervencionismo estatal, principalmente el llamado Estado

CUADRO No 5
COSTA RICA: CAMBIOS ESTRUCTURALES EN EL SECTOR SALUD. 1970-1990
- Cifras Absolutas y Relativas -

INDICADOR	1970	1980	1985	1990
COMPOSICION INSTITUCIONAL (1)				
SECTOR SALUD	100.0	100.0	100.0	100.0
Caja Cost. del Seguro Social	37.2	67.6	67.3	72.0
Ministerio de Salud (2)	45.4	15.9	16.1	11.6
Instituto de Acueductos	10.8	9.7	9.4	8.1
Instituto Nac. de Seguros	6.6	6.7	7.3	8.3
ORIGEN DEL FINANCIAMIENTO				
SECTOR SALUD	...	100.0	100.0	100.0
Presupuesto Nacional	...	12.5	11.6	7.0
FODESAF	...	5.6	4.4	4.8
Lotería	...	9.6	4.8	0.8
Cuotas seguros	...	47.6	65.9	69.0
Venta de bienes y servicios	...	9.1	9.5	8.7
Otros ingresos	...	15.6	3.9	9.7
Gasto total en relación al PIB	5.1	7.9	6.7	7.7
Gasto per cápita anual en US\$	29.1	148.7	98.2	143.1

1/ Según el gasto total real.

2/ Incluye al IAFA y al INCIENSA.

FUENTE: Sanguinety (1988) y Vallejo e Iunes (1991).

Empresario. Aunque sus proyectos tenían fines diferentes : los neoliberales procuraban impulsar una política desregulatoria, mientras que los democratacristianos y socialdemócratas planteaban la creación de un Estado menos burocratizado y asistencialista, que promoviera la participación social.

Es así como, desde sus inicios la Administración Carazo Odio (1978-1982) planteó desarrollar una política de contención del gasto que condujera a aumentar la eficiencia de la gestión estatal y una amplia reforma administrativa, que incluía planes de regionalización y mecanismos que promovieran la participación de las comunidades.

Formando parte de estas políticas se realizaron algunos esfuerzos por evaluar y redefinir las instituciones de bienestar y asistencia social del Estado costarricense, los cuales fracasaron debido a las diferencias de criterio existentes en el seno del gobierno y del Partido Unidad y a la ausencia de un proyecto. Más bien, la crisis económica que se presentará a los dos años cumplidos de este período gubernamental, profundizará los problemas político-administrativos y financieros que ya experimentaban dichas instituciones.

En el caso específico de la política de salud se planteaba continuar con las políticas de promoción de la salud que venía desarrollando el Ministerio en la administración pasada, enfatizando en la participación comunitaria y realizar una revisión profunda de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Las políticas de salud que promovió el Ministerio de salud constituyeron una experiencia exitosa, ya que se incrementaron los centros y puestos de salud y apoyaron experiencias dirigidas a implementar programas de atención de la salud como la del Hospital sin paredes en San Ramón. No obstante, la profundización de la crisis económica en 1981, incidió muy negativamente en estos programas.

No ocurrió igual en la Caja Costarricense del Seguro Social, donde la política fue a todas luces errática y contradictoria, tanto porque habían obligaciones pendientes que limitaban una acción de reforma radical, tal como algunos sectores políticos y médicos lo deseaban, cuanto porque no había un consenso acerca de las reformas que debían plantearse. Hay que hacer notar que, pese a las iniciativas de reforma en la Caja, no se encuentra en este período una idea clara de reestructuración de la política de salud.

Dada la importancia que obtuvo en este gobierno la discusión acerca de la reforma en la política de salud de la Caja del Seguro Social, -en razón de los esfuerzos que realizaron los conservadores para privatizar la consulta externa y hospitalaria y de la profunda crisis financiera que padeció-, nos

concentraremos en el presente apartado en la reconstrucción del proceso político que dió lugar a la presentación de dichas propuestas y a la ejecución de las acciones reformadoras.

4.1. El traspaso de hospitales de la Junta de Protección Social a la Caja y las propuestas de reforma.

Desde la campaña electoral la Coalición Unidad planteó en el Programa de Gobierno la urgencia de realizar una revisión del Seguro Social en tres aspectos : primero, el carácter bancario, segundo, la disminución del tamaño, y su transformación en una entidad eficiente, y, tercero, la formación de un sistema de medicina mixta.

Tal planteamiento no era compartido por todos los sectores en el partido, sino que recogía principalmente las ideas de los más conservadores. Lo cual se evidencia, en el enunciado de política que en materia de políticas de salud contenía el Programa Nacional de Desarrollo -elaborado por el Ministerio de Planificación-, cuyo énfasis, a diferencia del anterior documento, consistía en el impulso de políticas administrativas que aumentaran la eficiencia de la institución y políticas de salud que promovieran la participación de la comunidad.

Cabe recordar, al respecto, que el Ministerio de Planificación fue uno de los impulsores de una reforma administrativa, que incluyó, entre otras cosas, una regionalización y la promoción de la participación comunitaria.

Además de estas diferencias, el gobierno de Carazo se vio en la obligación de tener que cumplir con el mandato de la ley No 5349 de 1973, que le exigía a la Caja hacerse cargo de los hospitales y clínicas pertenecientes a la Junta de Protección Social, entidad pública no gubernamental⁴. Medida que, también, lo obligaba a asumir el costo de atención de los menesterosos. Aunque para ambos casos, el Estado se comprometió a trasladar a la CCSS los recursos que ello demandaba, provenientes tanto del presupuesto nacional como de la lotería, lo cierto es que conforme se agudizaron los problemas fiscales, el gobierno empezó a evadir sus obligaciones para con la CCSS. Ello no sólo significaba realizar una erogación significativa de recursos, sino que además le exigía un esfuerzo administrativo para

⁴ El traspaso de los hospitales provenientes del Ministerio de Salud, las Juntas de Protección Social y la Compañía Bananera, iniciado en 1973 se completó en setiembre de 1977 con la firma del traspaso de los hospitales San Juan de Dios, Psiquiátrico y Dr. Chacón Paut. Estos tres hospitales pasaron a la administración de la CCSS a partir de 1978 y comprendían el 40% de las siete mil camas que disponía el país (Miranda 1988:70).

readecuar los sistemas y controles de la organización a las nuevas circunstancias.

La aplicación de este mandato era contradictorio, desde distintos puntos de vista, con los planes del gobierno y paradójico. Contradictorio, porque, por un lado, para los médicos conservadores y los neoliberales representaba un contrasentido, ya que en momentos en que se planteaba la privatización de la consulta externa y hospitalaria, el gobierno se veía obligado a estatizar clínicas y hospitales que habían nacido como producto de acciones caritativas organizadas por la sociedad civil por medio de la Junta de Protección Social. Y, por otro lado, para los sectores que promovían la participación de la comunidad en la gestión y financiamiento de los servicios públicos, también representaba una antinomia. De hecho, diferentes comunidades, como las del distrito central de San José, donde defendieron la gestión que venía haciendo la Junta de Protección Social de San José en el Hospital San Juan de Dios y las de San Ramón, Palmares y Zarcero, quienes defendieron el control que tenían del Hospital de San Ramón, el cual constituía un bastión de la experiencia "Hospital sin paredes". Ejemplo, en Costa Rica, de la experimentación de un sistema integrado de salud basado en la atención y promoción de la salud. Este último por cierto no pasó a manos de la CCSS y siguió bajo el mando del Ministerio de Salud.

Paradójico, porque, al mismo tiempo, que le dio un acabado a la propuesta de universalización del Seguro Social impulsada por los socialdemócratas, fue uno de los pilares que propiciaron un marco favorable para profundizar la crítica de la seguridad social, y plantear la privatización. En efecto, esta acción gubernamental, fue de gran significado para el Seguro Social, enmarcado dentro de la concepción de Estado Social, por cuanto, completó el proceso de universalización de los servicios de atención médica y sustituyó el régimen de caridad, representado por las Juntas de Protección Social, -instauradas en el país desde finales del siglo pasado-, por el derecho que le asiste, a todo ciudadano, por el mero hecho de serlo, de tener acceso a tales servicios. Logrando, de esta manera, materializar uno de los propósitos fundamentales de los sectores que, desde 1948, propugnaban por la creación de un Estado Social, y particularmente, por la universalización de la seguridad social. No obstante, también ello constituyó un factor de desestabilización financiera.

El traspaso de hospitales a la Caja, fue un obstáculo para los planes del gobierno tendientes a la reducción del gasto, la simplificación de sus actividades y la reducción de su tamaño. Aun así, se impulsó un plan de estabilización financiera con el objeto de racionalizar el gasto, el cual rindió algunos frutos. Sin embargo, el déficit continuó creciendo significativamente, sobre todo, por la deuda que tenía el Estado con la institución,

que ascendía hacia finales de 1981 a 1.300 millones de colones, equivalente al 57% del gasto del SEM en ese año y al 65% del déficit acumulado por la institución a esa fecha.

Ello motivó a las autoridades de la Caja a procurar soluciones al problema de la deuda y del desequilibrio financiero. Es así como se promovió la aprobación dos proyectos de Ley. Uno buscaba el pago de la deuda mediante bonos. El otro, establecía una serie de regulaciones, de las cuales las más importantes eran : evitar la descapitalización de la Caja, obligar a las instituciones gubernamentales del sector centralizado y descentralizado a pagar las cuotas como patrono, y limitar el crecimiento del gasto en administración a un 8% en el caso del régimen de enfermedad y maternidad. Estas regulaciones no sólo procuraban dar una solución a la deuda, sino que, también, pretendían, eliminar el carácter bancario que venía asumiendo la institución y obligar a un proceso de racionalización del gasto.

La aprobación de ambos proyectos se demoró cerca de dos años, como consecuencia, en primer término, del entramamiento que se suscitó durante este período en la Asamblea Legislativa y de la oposición que emprendieron diferentes sectores políticos, principalmente, los neoliberales quienes buscaban una solución estructural al problema de la Caja, agudizando la situación financiera del Seguro Social.

Dada la profundidad de la crisis, la única salida que existía era aumentar la cuota obrero-patronal, tal y como el FMI había planteado. Sin embargo, el aumento desproporcionado de la inflación y el deterioro de las condiciones de vida de la población llevaron al gobierno a no aplicar esta medida, y en su lugar las autoridades decidieron aumentar la cuota del Estado como tal. Lo cual, sin duda, representó un contrasentido, ya que con esto se elevaba todavía más la deuda, aparte de que la crisis fiscal que padecía el Estado, prácticamente lo imposibilitaba para cumplir con tales obligaciones.

En conclusión, distintos factores impidieron que se entrara a realizar una revisión profunda de la organización administrativa y financiera del Seguro Social, tal y como lo planteaban los distintos sectores que componían el gobierno, y más bien, los problemas de la institución se profundizaron a raíz del traspaso de los hospitales⁵. En ello contribuyó también el mal manejo

⁵ Cabe señalar que en diciembre de 1980 se llevó a cabo un diagnóstico de la CCSS con la colaboración de la OPS. En él participaron 152 funcionarios integrados en 52 grupos de trabajo y con el apoyo de un importante grupo de asesores de la OPS. No obstante, sus resultados aunque pertinentes, no parecen haber tenido impacto. Ver CCSS (1980 y 1991).

interno de la institución. Según el Dr. Guido Miranda (1988:151) "Con una apertura mínima de nuevas necesidades institucionales y sin aumentar el número de camas hospitalarias, el número de empleados de la CCSS subió de 16 mil en 1978 a 23 mil en 1982." Además agrega que concesiones buscando obtener paz laboral interna como la jornada continua y la semana laboral de cinco días, le representaron a la institución una pérdida de un 20% de su capacidad de atención (Miranda 1988:152). Igual ocurrió, como analizaremos a continuación, con los intentos de reforma del "modelo de atención".

4.2. La propuesta de libre elección médica y la aprobación del sistema de medicina mixta

En 1979 el diputado liberacionista Dr Miguel A. Chavarría presentó, a la Comisión de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, un proyecto de ley de creación de un Sistema de Libre Elección Médica. Dicho proyecto obtuvo el apoyo de los sectores más conservadores del país, destacándose los sectores aglutinados en el diario La Nación y en la Asociación Nacional de Fomento Económico (ANFE) de signo neoliberal.

Criticaban los conservadores la universalización de la seguridad social, la cual a su criterio habían "provocado un deterioro en la calidad de servicios y deshumanización..." (La Nación, agosto de 1979) De ahí que se "justificaba la creación de un sistema de prestaciones médicas a las que podían concurrir aquellas personas cuyos recursos económicos le otorgaban la posibilidad de disfrutar de una "atención más humana" (Güendell 1986:150).

También la Cámara de industrias apoyó la incorporación de un sistema de libre elección médica, el cual, sin embargo, lo veían como un complemento a los sistemas de atención existentes. No obstante, consideraban que era conveniente desarrollar un plan piloto, para así determinar sus ventajas y desventajas.

La oposición surgió del Colegio de Médicos y de los directores de la Caja, principalmente el Dr Alvaro Fernández, Presidente ejecutivo. El primero, después de realizar una encuesta entre los médicos pidió que se retirara el proyecto, por cuanto, el resultado de la encuesta mostraba, que una mayoría opinaba que podría desfinanciar la institución. (Güendell 1986: 154).

Por su parte, la Caja se oponía a que la discusión del proyecto se diera en la Asamblea Legislativa. En una carta que envió el Dr Alvaro Fernández a la Comisión de Asuntos Sociales, planteó su temor de que la discusión del proyecto diera oportunidad a los conservadores de realizar cambios profundos en el Seguro Social. Además, le preocupaba que la aprobación de

dicho proyecto podría tener efectos negativos en la situación financiera y desvirtuar los principios que regían la Seguridad Social.

El Proyecto de Libre Elección Médica, finalmente, fue rechazado por todos los diputados miembros de la Comisión, tanto por los de oposición como por los oficialistas. No obstante, hacia finales de 1980, el diputado y médico Chavarría propuso un nuevo proyecto a la Comisión de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, el cual presentaba como variante la creación de un Sistema de Asistencia Mixta. "A diferencia del antiguo, el proyecto de Asistencia Mixta contemplaba la elaboración de una reglamentación por parte de la Caja, de la nueva modalidad de prestación de servicio, con el fin de evitar el peligro de un desfinanciamiento de la institución. Asimismo, señalaba que su instauración debía llevarse a cabo de manera gradual" (Güendell 1986:155).

Es evidente que el Diputado Chavarría procuraba romper con la oposición de la Caja y el gremio médico. Hecho que no consiguió, ya que nuevamente los directores de la Caja manifestaron su desacuerdo, argumentando que esta discusión le concernía exclusivamente a dicha entidad.

En efecto, en una sesión de la Junta Directiva el Dr. Fernández planteaba claramente esta posición: "La institución no puede permitir que la Asamblea Legislativa, con criterios políticos, lleve adelante sus afanes de regular aspectos técnicos dentro de la institución. Ya se han discutido varios proyectos para establecer en la Caja sistemas de libre elección médica. El último, del diputado Chavarría Méndez, en discusión actualmente es sumamente amplio. La ley, en contra del reglamento, tiene el problema de su rigidez. El reglamento, en cambio, puede ser fácilmente adaptado a las necesidades" (Sesión No 5504, 1981, Citado en Ob cit, p: 155).

Hay que destacar que la posición del Dr. Fernández con respecto al reordenamiento de la Caja era contraria a la privatización y propensa a apoyar una reforma gradual y controlada (Comunicación Personal 1985).

Este proyecto nuevamente fue rechazado en la Comisión. Sin embargo, la Caja, a pesar de su oposición, acogió la idea, y en Abril de 1981 la Junta Directiva aprobó el reglamento que creaba un Sistema de Medicina Mixta, consistente en que los pacientes pagan la consulta al médico previamente inscrito en este sistema y la Caja, mediante los procedimientos usuales, asume el costo de los medicamentos y los exámenes de laboratorio.

Es interesante hacer notar que "este reglamento se aprobó con la más estricta reserva. Unicamente fueron informados algunos médicos, y no fue, sino hasta meses después que se dio a conocer

por la prensa, pero con el cuidado de no provocar una discusión en torno al nuevo sistema. Esta estrategia la tomaron los directores de la Caja con el fin de impedir que la oposición, se enterara y planteara la modificación del artículo 69 de la Ley Constitutiva de la Caja que los facultaba para llevar a cabo modificaciones de esta naturaleza. Inclusive, el Dr. Fernández solicitó a la Junta Directiva, a finales de su gestión, mantener seis meses más en estricta reserva, el sistema de medicina mixta con el fin de evaluar sus resultados." (Güendell 1986:157). Hecho que muestra la gran oposición que existía en el país hacia cualquier intento de privatización de la atención médica

Se trasluce con esta medida un proceso de negociación en el seno del gobierno, en el cual se satisfacían los intereses de los grupos de médicos conservadores, que con ella allanaban el camino hacia la privatización de la consulta externa, pero al mismo tiempo se le otorgaba a la Caja el suficiente control como para evitar una debacle administrativo y financiero que acabara con la Seguridad Social y se aceptaba impulsar el proceso de reforma de manera gradual, lo cual, en último término, era el temor principal de los altos funcionarios de la institución.

Cabe mencionar, que la presentación del proyecto no fue un hecho aislado. Se realizaron otro tipo de presiones dirigidas a forzar a la Caja a realizar "cambios estructurales". Uno de ellos fue la oposición sistemática que realizaron los sectores conservadores a los proyectos de ley que se presentaron en la Asamblea Legislativa, tendentes a resolver el problema de la deuda acumulada por el Estado. Otra fue la presión de los personeros del Fondo Monetario Internacional, quienes criticaban las políticas institucionales porque no planteaban soluciones estructurales. (Sesión 5517, Junta Directiva CCSS, 1981).

En definitiva, los intentos de redefinición de los modelos de atención médica quedaron reducidos a la aplicación del Sistema de Medicina Mixta y el Sistema de Médico de Empresa creado en 1980, el cual venía planteándose desde mediados del setenta. Ambos buscaron reducir la congestión de la consulta externa aunque han tenido un desarrollo limitado. Para 1986 menos del 2% de las consultas de la CCSS provinieron del sistema de medicina mixta y cerca del 9% del programa de médico en la empresa (Miranda y Asís-Beirute 1989).

Dichos cambios, junto con el traspaso de hospitales de la Junta de Protección Social a la Caja consolidaron la concepción biológica y curativa de las políticas de salud emprendidas por el Seguro Social y la diferenciación de funciones con el Ministerio de Salud. De modo que al finalizar este período, se ensanchó la desintegración del sistema de salud, entre la Caja, especializada en los servicios de medicina curativa y el Ministerio de salud dedicado a labores preventivas. Y se consolidó el esquema tradicional de organización de los servicios

de atención médica en el Seguro Social. Estos aspectos constituirán los ejes de "la cuestión" de la política de salud en los siguientes diez años.

V. LA ADMINISTRACION MONGUE: LA POLITICA DE CONTENCIÓN DEL GASTO Y LA RACIONALIZACION DE LA POLITICA SOCIAL

En febrero de 1982 se realizaron nuevamente elecciones presidenciales, las cuales fueron ganadas por Luis A. Monge Alvarez, candidato del Partido Liberación Nacional. En esta ocasión dicho partido se enfrentaba -a diferencia de la década del setenta en que existía en general una bonanza económica- a una situación de profunda crisis económica y a la exigencia de llevar a cabo una racionalización del Estado social, que contribuyó tan determinadamente a configurar.

Una de las prioridades del nuevo gobierno fue sanear las finanzas públicas, con la intención de normalizar las relaciones con los organismos financieros internacionales. En el campo de la política social, ello significó someter a las instituciones de bienestar y asistencia social a un riguroso plan de austeridad, enmarcado en el "plan de emergencia" impulsado en los primeros cien días, y, posteriormente, en el convenio *stand by* suscrito con el Fondo Monetario Internacional.

Como consecuencia, se crearon una serie de controles y normas dirigidas a vigilar y ejecutar la disciplina fiscal. Se formularon normas de subejecución presupuestaria que regían en toda la Administración Pública. Se decretó la fundación de la Autoridad Presupuestaria, entidad encargada de formular directrices de la política presupuestaria del sector público, en todos los aspectos, incluyendo los de inversión, endeudamiento y salarios, fiscalizar el cumplimiento de las políticas formuladas y controlar, en general, la ejecución de los presupuestos. Y se aprobó en Diciembre de 1983 la Ley de equilibrio financiero, la cual establecía el marco jurídico en el que se fundamentaba la política de racionalización del gasto. De ella, se desprendían, entre otras, las siguientes regulaciones: límites en la contratación de personal, el endeudamiento y las inversiones (Güendell y Rivera 1989).

Las instituciones dependientes de la aprobación presupuestaria del gobierno central, como, por ejemplo, los Ministerios de Salud y Educación, se vieron más afectados, ya que estaban totalmente expuestos a las normas de reducción de gastos (Sanguinetti 1988: 111). Entre tanto, las instituciones del sector descentralizado con fuentes propias de ingreso, no sufrieron igual, ya que podían obtener recursos adicionales traspasando parte del costo del déficit a los consumidores. A pesar de ello, la gravedad de los desequilibrios financieros que

la gran mayoría de ellas presentaban, y la obligación de respetar las disposiciones de la Ley de Equilibrio Financiero y de someterse a la Autoridad Presupuestaria, las obligaron a aplicar medidas de disminución del gasto.

Las anteriores exigencias, aunadas al incremento de las demandas de intervención provocadas por el deterioro de las condiciones de vida de la población, conllevó a iniciar un proceso de racionalización de la política social más coherente y sistemático que el que se intentó en el gobierno anterior. Este propició el impulso de acciones y propuestas reestructuradoras de la política social, que pusieron en entredicho ciertas regulaciones en el campo social y los modelos de organización, administración y atención en los que, tradicionalmente, se sustentaban las instituciones centralizadas y descentralizadas de bienestar y asistencia social.

No obstante, en los primeros tres de los cuatro años de este gobierno muchas de estas acciones y propuestas, pese a que se contextualizaban en proyectos políticos que les daban un sentido de globalidad, consistían, más bien, en actos reactivos a la imposibilidad de contar con suficientes recursos económicos. Además, las resistencias de la estructura social de apoyo (Oliveira) que había creado el amplio aparato de bienestar (funcionarios públicos, instituciones gubernamentales y beneficiarios), obligó al gobierno a someterse a procesos de negociación en muy distintos ámbitos y a moderar los planteamientos, con el fin de darles un sentido de viabilidad política.

En razón de lo anterior, y a pesar de que el Fondo Monetario Internacional, la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos de América y los sectores neoconservadores en el país propugnaban por la privatización de las actividades estatales, no se realizaron, en el área de la política social, reformas significativas, sino que a lo más que se llegó fue a iniciar un lento proceso de reforma administrativa y de reorganización del aparato en su conjunto.

No obstante, si hubo, como consecuencia de la contracción del gasto, principalmente, el de inversión, un deterioro de la calidad y la cobertura de los servicios, sobre todo en las dependencias del gobierno central, como los ministerios de salud y educación. (Sanguinetti, 1989).

5.1. La racionalización de las Políticas de salud

En el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social las nuevas políticas que se plantearon con este gobierno tuvieron un gran impacto. Se impulsó una reforma administrativa del Ministerio conducente a aumentar la capacidad insitucional

como un medio para alivianar los drásticos recortes presupuestarios que sufrió, y se inició un proceso de integración de servicios con la Caja en diferentes localidades del país. Pese a estos esfuerzos, el debilitamiento financiero lo ha llevado a ir perdiendo el liderazgo que logró en el sector salud desde mediados de los setenta. Con lo cual, los programas de atención de la salud se vieron profundamente afectados.

La Caja, por su parte, aplicó un programa de estabilización financiera, que, si bien logró mejorar las finanzas, despertó las protestas de muchos sectores, incluyendo el gremio médico, por el deterioro, que ellos consideraban, se estaba dando en la calidad de los servicios de atención médica. Además, la nueva administración continuó con los esfuerzos de revisión del modelo de atención. Lo que, también, provocó una intensa polémica entre los defensores de la medicina estatizada y los impulsores de la privatización.

A diferencia del Ministerio de Salud, la Caja fortaleció, en este período, su papel en el sector, quitándole prácticamente la conducción a aquel, tanto que ha comenzado a incorporar en su concepción y organización, aunque todavía de modo muy subordinado, el interés por el componente preventivo, lo cual conduce a que se limite lo que se consideraba como su espacio natural. En gran medida ello obedece a las ventajas comparativas que en materia financiera tiene esta última, situación que le permitió por la vía de un incremento de las cargas sociales recuperar rápidamente una holgura financiera. Aunque un elemento valioso a considerar es la gestión que realizó en éste y el siguiente período gubernamental su presidente ejecutivo, el Dr. Guido Miranda. Lo cual le valió el reconocimiento, en dos años consecutivos, de mejor funcionario del gobierno, por parte del cuerpo de periodistas.

Debe recordarse al respecto, que la Caja fue una de las instituciones gubernamentales que realizó un ajuste estricto en sus finanzas y su aparato administrativo, sin necesidad de una intervención directa del poder ejecutivo, como si ocurrió con otras (Güendell y Rivera 1989). Según el Dr. Miranda, (Comunicación personal 1992) esta manera de proceder fue reconocida insistentemente por los personeros del Fondo Monetario Internacional, quienes avalaron todas sus medidas. Valga señalar que, de acuerdo con las palabras de este funcionario, ello permitió que dicho organismo financiero internacional no ejerciera la presión acostumbrada, y la Caja, sin acceder a los planteamientos de privatización, pudiera lograr los propósitos de disminución del gasto aplicando medidas que garantizaran la permanencia de la seguridad social.

En contraste con lo anterior, y quizás por la adhesión tan fiel a las políticas de austeridad y de reforma que impulsaba el gobierno en el marco de los acuerdos con el FMI, es que al mismo

tiempo se ganó el repudio de las dirigencias sindicales. Pero más allá de estas particularidades, lo cierto fue que aparte de medidas de contención del gasto y de reorganización administrativa, a excepción de la iniciativa de la integración de servicios, no se dió, tal y como la analizaremos en el siguiente apartado, ningún cambio sustancial.

5.2. La política de estabilización financiera del Seguro Social

La situación financiera del Seguro Social en 1982 era sumamente dramática. El déficit presupuestario ascendía a mil millones de colones. La deuda del Estado como tal y como patrón sumaba mil trescientos millones de colones, mientras que la moratoria de los patronos contabilizaba quinientos millones de colones. Además, tenía una deuda externa de veinte millones de dólares, aparte de lo que le adeudaba por concepto de recaudación a otras instituciones gubernamentales. Por otra parte, el régimen de enfermedad y maternidad le adeudaba al régimen de vejez, invalidez y muerte, dos mil millones de colones. (Güendell 1986:175, con base en las Liquidaciones presupuestarias, CCSS, 1982)

Esta situación se vió agravada con la huelga que recién iniciándose el gobierno decretó el cuerpo médico por un aumento salarial, cuya solución significó incrementar el déficit presupuestario en 1.977 millones de colones. Dicho movimiento laboral constituyó un preludio de lo que serían las relaciones entre la dirigencia sindical y la presidencia ejecutiva, las cuales expresarán la resistencia y el rechazo de los trabajadores ante la eliminación de algunos beneficios y las ideas de privatizar algunas áreas de la institución.

Este conflicto cumplió una función legitimadora importante de las medidas de austeridad que anunciara días después el gobierno, ya que la huelga duró un mes y medio, sin que muriera ninguna persona a raíz de la falta de atención médica. Ello le permitió a la institución justificar que era posible realizar una contracción del gasto, sin poner en peligro la salud de la población.

Por otra parte, para los sectores conservadores esta evidencia fundamentaba su argumento de cuán innecesario era el gasto estatal para financiar un grande y burocratizado aparato como la Caja, y reafirmaba la urgencia de la privatización de la consulta externa y hospitalaria.

Días después de solucionado el conflicto, la Caja anunció la aplicación de un plan de estabilización financiera. Este restableció la direccionalidad y coherencia a la política institucional, sobre todo la política de salud; producto, en gran

medida de una gran capacidad de negociación, que logró exhibir, en este periodo, la Caja.

El plan abarcó diferentes aspectos : distribución y producción de medicamentos, regulaciones laborales, organización administrativo-gerencial y tópicos financieros. Y se fué llevando a cabo por etapas, mientras se iban desarrollando las negociaciones de los componentes más polémicos.

Primero, se establecieron una serie de regulaciones en materia de medicamentos, destacándose la reducción del cuadro básico de 900 a 550 productos, la fijación de un límite de tres medicamentos por paciente, el reciclaje de algunos insumos, como, por ejemplo, las jeringas y el control estricto de la compra de equipo.

Posteriormente se decretaron algunas medidas de carácter laboral: se propició la renuncia mediante el pago de prestaciones legales y, siguiendo disposiciones del gobierno, se llevó a cabo la eliminación o congelamiento de plazas que quedaban vacantes.

Pero la principal acción en este campo, no tanto por su impacto financiero, sino por su contenido simbólico, fue la eliminación de algunos beneficios de los empleados del Seguro Social, principalmente su derecho de no cotizar para el Seguro Social. Esta última medida fue anunciada en Agosto de 1982, al mismo tiempo que se planteaba también un aumento en las cuotas obrero-patronales, y tenía la intención, como las anteriores, de crear un clima propicio para decretar dicho aumento.

En efecto, en declaraciones dadas a la prensa el Dr Guido Miranda dijo lo siguiente : "...tendremos que hacer un gran esfuerzo para reducir el gasto. Para nadie es un secreto que quiero subir las cuotas para aumentar los ingresos, pero al mismo tiempo debo reducir los gastos y mejorar la eficiencia" (La Nación, 14 de Junio de 1982)

Los trabajadores de la Caja protestaron por la eliminación de sus beneficios. No obstante, esta protesta fue rápidamente neutralizada, gracias a la propuesta de la Caja tendente a realizar un aumento salarial correspondiente a la misma proporción de la cuota que debía deducírseles de su salario. Acción que dividió el movimiento sindical, y obligó finalmente a aceptar la propuesta oficialista.

Esta medida agradó a los empresarios y a los sectores conservadores, quienes interpretaban dicha excensión como un

privilegio.⁶

En Noviembre de este mismo año, siguiendo una condición del FMI, la Caja anunció un aumento de la cuota obrero-patronal en un 2.5 % la de los patronos y 1.5% la de los trabajadores y el mejoramiento de los mecanismos legales y administrativos de recaudación. También elevó la cotización de los trabajadores independientes y disminuyó en un 2.6% la cuota del Estado como tal.

A esta medida los patronos no se opusieron, ya que desde mucho antes la Caja había venido negociando con las Cámaras Patronales, y había mostrado voluntad política para aplicar una estricta política de contención del gasto, condición que le habían impuesto éstas. Además la Caja ofreció a este sector participación en la toma de decisiones, mediante una representación en la Junta Directiva. Aunque para algunos sectores conservadores, ésta significaba posponer cambios fundamentales.⁷

Con respecto a los trabajadores, algunas organizaciones sobre todo afiliadas a Partidos de Izquierda, mostraron su disconformidad, pues en la práctica ello significaba una reducción del salario nominal, pero esta protesta no fue lo suficientemente firme como para obligar a suspenderla. También, en este caso, hay indicios que muestran que la presidencia ejecutiva de la Caja negoció con una parte del sector laboral, principalmente con el sector cooperativo, el solidarista y los sindicatos de orientación socialdemócrata.

En efecto, la Caja apoyó la presentación de un proyecto de ley, en el cual se aprobó un año después -hacia finales de 1983-, donde se le otorgaba representación en la Junta Directiva de la institución a los patronos y al sector laboral. Esta quedó

6- El empresario Angel Nieto Castro se refirió de la siguiente manera acerca de la excensión de la cuota de los trabajadores de la Caja: " El hecho de que 23 mil empleados de la CCSS no paguen la cuota del Seguro Social a que estan obligados todos los demás trabajadores mencionados anteriormente además de gozar de otros privilegios, tales como la libre elección médica es un privilegio" (Angel Nieto C. Discriminación y Privilegios en la C.C.S.S. La República, 4/6/82)

7- Los sectores condervadores que articulaba La Nación consideraban que en lugar de aumentar la cuota obrero-patronal, la institución debía redoblar esfuerzos para aumentar el rendimiento y la productividad de los servicios. (La Nación, 1 /7/82)

constituida por tres representantes del sector patronal designados por la Unión de Cámaras empresariales y dos representantes del sector laboral, elegidos por las principales federaciones sindicales, la Confederación Nacional de Cooperativas y el Movimiento Solidarista.

Finalmente, el plan modificó la estructura organizativa de la Caja, otorgándole autonomía a la gestión administrativa y financiera con respecto a lo médico, coincidiendo con el planteamiento propuesto por el periódico La Nación.⁸

Si bien esta política tuvo éxito desde el punto de vista financiero, al estabilizar parcialmente las finanzas y lograr en el año 1983 un superávit. Desde la perspectiva de su impacto en los servicios provocó una serie de protestas, que en algunas dependencias se tradujeron en paros laborales, por parte de los profesionales en ciencias médicas y lo administrativos, quienes aducían un deterioro en la calidad y, por consiguiente, el empeoramiento de las condiciones laborales. Destaca, en este sentido, la posición de denuncia que asumieron los Colegios Profesionales. Hecho que obligó a la institución a echarse atrás en algunas medidas, y a negociar con el gobierno central para excluir a la institución de algunas de las disposiciones que incluía el Plan de Estabilización Económica y otras tomadas por el ejecutivo, las cuales habían quedado registradas en la Ley de Equilibrio Financiero del Sector Público, sobre todo las relacionadas con el congelamiento y eliminación de plazas.

En conclusión, en este período, la política del seguro social puso énfasis en la estabilización y el reordenamiento financiero-administrativo, dejando de lado todo lo concerniente a la reforma del modelo de atención, que en último término, significaba dejar intactas las bases y principios sobre los que se asentaba la medicina socializada.

⁸- En varios editoriales publicados por el periódico La Nación, vocero de los conservadores, al comienzo de esta administración se recomendaban las siguientes medidas: el cambio del sistema de financiamiento tripartito por uno basado en impuestos, la unificación del Ministerio y la Caja y la separación de las funciones de administración y de los dos regímenes que conforma esta institución (Enfermedad y Maternidad y Vejez, invalidez y muerte). Esta última propuesta procuraba darle a la administración mayor autonomía, con el objeto de someter la lógica institucional a la racionalidad de la disciplina administrativa y procurar un estricto control del gasto.

Este campo fue motivo, como veremos posteriormente, de discusión e incluso de un dictamen de la Asamblea Legislativa. Sin embargo, la ausencia de consenso y el temor a que los cambios llevaran a una destrucción del Seguro de Enfermedad y Maternidad, determinaron una acción conservadora -desde el punto de vista de la aplicación de las reformas - y una actitud titubeante. Lo cual, puede ser normal, si se toma en cuenta que los líderes de las instituciones de salud habían sido los artífices de la ampliación de la medicina estatalizada.

VI. LOS PROGRAMAS DE AJUSTE ESTRUCTURAL Y LA REFORMA DEL ESTADO: CONSENSO Y GRADUALISMO EN LAS TRANSFORMACIONES DE LAS POLITICAS DE SALUD

6.1. Preludio de la reforma

Durante la Administración Monge Alvarez (1982-1986) se continuó con la discusión que se venía dando en el período anterior acerca del modelo de prestaciones médicas del Seguro Social. Los sectores de médicos que seguían insistiendo en impulsar una modificación de la organización de la consulta externa y hospitalaria basada en la libre elección médica, presentaron dos proyectos Ley a la Asamblea Legislativa.

Uno impulsado por el Dr. Gutiérrez Góngora llamado Plan de Consulta Médica, consistente en el pago de una tarifa adicional a los asegurados, proporcional a su salario, que conformaría un fondo a distribuir entre los médicos, de acuerdo a la productividad. Los asegurados que no dispusieran de dinero, podrían continuar utilizando el sistema tradicional. (Güendell 1988: 224)

El segundo, denominado Ley de Servicios Médicos Mixtos, lo promovieron el diputado liberacionista Dr. Guzmán Mata y el de la oposición Dr. Trejos Escalante, expresidente de la organización de neoliberales ANFE. Este proponía que el asegurado tuviera la posibilidad de consultar al médico de su preferencia en el consultorio particular. La Caja pagaría la consulta y un porcentaje de los medicamentos y exámenes de laboratorio si así lo deseaba el asegurado.

Ambos proyectos corrieron idéntica suerte que los anteriores: fueron rechazados en la comisión legislativa encargada de seleccionar los temas a discutir en el plenario. Con lo cual se selló la suerte de este grupo, el cual no tendrá, a partir de este momento, ninguna incidencia en la orientación de las políticas de salud.

Este rechazo, sin embargo, no quería decir que no existiera interés en diferentes sectores políticos y sociales por realizar cambios en la organización de los servicios médicos del Seguro Social, y, en general en las políticas de salud. Por el contrario, desde el inicio de la gestión el presidente ejecutivo de la Caja señaló que el modelo de atención médica era anacrónico y se encontraba agotado (Guido Miranda, La Nación). Pero la diferencia de esta posición con respecto a la de los sectores conservadores consistía en que el interés era mantener incólume los principios de la seguridad social, mientras que para los otros, el objetivo fundamental era garantizar la libertad individual.

Es así como se iniciaron una serie de esfuerzos dirigidos a diseñar una propuesta de reestructuración, los cuales, sin embargo, carecieron de sistematicidad. En gran medida, porque el énfasis estuvo puesto en la estabilización financiera y en la reorganización administrativa. Ello llevó a que el periódico La Nación reclamara el énfasis de la política en resolver el déficit y la poca importancia que comparativamente recibían éstos (La Nación, 15/8/82).

Dichos esfuerzos se concentraron en dos iniciativas : el modelo de capitación o modelo inglés y la cooperativización de la administración de las clínicas y hospitales, las que, si bien no se concretaron en esta administración, constituirán el sendero de los pequeños cambios que se realizarán en la siguiente administración liberacionista.

La primera surgió de la misma presidencia ejecutiva, al regreso de un viaje realizado por el Dr Guido Miranda a Inglaterra. Idea que fue retomada por una comisión, compuesta por algunos funcionarios vinculados con la Facultad de Medicina, asesores ingleses, y otros, que, posteriormente, se sumarían recién posgraduados en Inglaterra en el campo de la Administración de Salud, quienes diseñaron una adaptación del sistema de capitación -que consiste en pagarle al médico de acuerdo a la adscripción de asegurados- a un enfoque integral de atención de la salud. Originalmente, se planteó impulsar esta nueva modalidad en una pequeña localidad llamada La Peregrina, situada hacia el noroeste de la ciudad de San José. (Comunicación personal con el Dr Fernando Marín). No obstante, por entrabamientos burocráticos y falta de voluntad política, no se logró hacer realidad, aún cuando la comunidad se había mostrado interesada en acoger esta propuesta. Cabe señalar que la aplicación del modelo inglés despertó apoyo, incluso, en los sectores que propugnaban por la libre elección médica.

La segunda iniciativa la planteó el Director de uno de los principales Hospitales del país, y consistía en organizar una cooperativa de autogestión, que administrara la atención médica en clínicas u hospitales. Se intentó llevar a la práctica esta

propuesta en la clínica periférica Solón Núñez y en el Hospital del cantón San Carlos de la provincia de Alajuela. En el primer caso, si bien los profesionales en medicina aceptaron estudiarla, la comunidad se opuso a lo que consideraban como un intento de privatización. En el segundo, los trabajadores en general se opusieron.

Al mismo tiempo que se buscaban fórmulas reestructuradoras internamente en la Caja, a nivel de la Asamblea Legislativa se había creado una comisión de estudio de los problemas del Seguro Social, la cual en el proceso de deliberación convocó a especialistas, políticos y otros ciudadanos. Producto de ella surgieron, en junio de 1984, tres informes, dos de minoría y uno de mayoría.

"Los de minoría firmados por el diputado de Pueblo Unido - izquierda- Arnoldo Ferreto y la diputada Matilde Marín de Soto de Liberación Nacional, si bien compartían con el resto de la comisión algunas de las causas que originaron la crisis financiera de la institución, así como, planteaban la necesidad de un reordenamiento administrativo en lo referente al modelo o sistema de prestaciones médicas, consideraban que no era necesario llevar a cabo la reorganización en el modelo de prestaciones médicas, que proponían otros sectores. Para la diputada liberacionista, el problema tenía que evacuarse mediante cambios importantes en el aparato administrativo y en el desarrollo de la medicina comunitaria, así como la creación de un sistema integral de atención a la salud" (Güendell 1986: 221)

El de mayoría exponía las siguientes propuestas :

- Revisar y modificar los modelos administrativos y médicos existentes.
- Apoyar y estimular la medicina preventiva comunitaria, que ha desarrollado el Ministerio de Salud.
- Establecer un sistema integral de salud y llevar a cabo un proceso de regionalización.
- Continuar con los sistemas existentes de medicina mixta.
- Desarrollar nuevos modelos de entrega de servicios.
- Poner en funcionamiento consorcios, cooperativas o mecanismos en que se conjuguen la Caja y el cooperativismo en ese ámbito. (citado en Güendell 1986:222)

Básicamente, estas recomendaciones del informe de mayoría coincidían con la posición que seis meses antes había manifestado el Colegio de Médicos, en el sentido de procurar una revisión de los sistemas administrativos y médicos utilizados en la consulta externa y "reorientar y ampliar el alcance de los sistemas de medicina mixta implementando asociaciones, centros médicos, cooperativas médicas y otros, como una forma de organizar empresas que operen eficientemente en beneficio de quienes la componen y a través de ella, para mejoramiento de la sociedad" (Citado en Güendell 1986:219).

De esta manera estaban sentadas las bases para realizar algunos cambios en las políticas de salud del Seguro Social. No obstante, aún faltará mucho camino por recorrer y muchos obstáculos por superar, para que algunos de estos planteamientos logaran materializarse.

6.2. Hacia la configuración de nuevas formas de entrega de los servicios en el campo de la consulta externa.

En el último año del gobierno de Monge Alvarez se iniciará la aplicación de los Programas de Ajuste Estructural, los cuales tendrán como uno de los propósitos fundamentales realizar una revisión de la configuración del Estado. Esto le dará a la política estatal en general un marco radicalmente diferente, ya que obligará a concentrar los esfuerzos en replantear instituciones, concepciones, estrategias y programas. Sin embargo, los efectos del Ajuste Estructural se comenzaron a sentir hasta en los dos siguientes gobiernos, el de Arias Sánchez (1986-1990), también liberacionista y el actual presidido por el socialcristiano Calderón Fournier.⁹

En el gobierno de Oscar Arias Sánchez se intentó promover una política estatal que conciliara "el Ajuste Estructural" con una estrategia de construcción del orden social que continuara promoviendo los tradicionales mecanismos de integración social. De hecho, se admitía que el Estado no podía continuar creciendo, por lo que era necesario impulsar un proceso de "deskeynesización", pero estaban conscientes de que éste debilitaría los mecanismos por los cuales se obtiene el consenso. De ahí que según Oscar Arias los ajustes necesarios se harían partiendo del imperativo de mantener la democracia y la paz social (Arias 1987).

En efecto, la orientación de la política de reforma fue de corte gradualista, pero se caracterizó por ser más sistemática, principalmente, en otras áreas del Estado relacionadas con la política económica y la política agraria, entre otras. En el campo de la política social se hicieron pocos cambios, y, más bien, la política de reforma se concentró en impulsar procesos de reforma administrativa que mejoraran, sobre todo, la productividad institucional.

Es así como, se comenzaron revisar modelos de organización, administración y de atención de los problemas sociales. En las instituciones que no exhibieron capacidad suficiente para llevar

⁹ Como resultado de esta iniciativa y, procurando construir un consenso entre los partidos políticos mayoritarios, se formó a partir del gobierno de Arias Sánchez la Comisión Bipartidista de Reforma del Estado.

dichos cambios, el poder ejecutivo las intervino. Este fue el caso de instituciones, como el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), el Instituto de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), el Instituto de Desarrollo Agrario (IDA), el Instituto de Vivienda y Urbanismo (INVU), el Banco Popular y de Desarrollo Comunal (BPDC) y la Junta de Desarrollo Portuario del Atlántico (JAPDEVA).

"Algunas características comunes que tuvieron dichas intervenciones fueron las siguientes : 1- Se crearon comisiones de "notables" nombrados Ad Hoc por el poder ejecutivo. 2- Las comisiones revisaron las estrategias, objetivos, métodos y procedimientos de las instituciones. 3- Elaboraron un plan de reestructuración administrativa 4- Crearon diferentes mecanismos y controles administrativos, así como instancias con supuesta capacidad técnica con el propósito de llevar a cabo los nuevos planes" (Güendell y Rivera 1989:35).

En este nuevo marco es que se plantea una acción más agresiva de reestructuración de las políticas de salud, la cual culmina con el impulso de tres experiencias piloto : el modelo de capitación, complementado con un enfoque integral en la comunidad de Barva de Heredia (1987); el arriendo de la administración de la Clínica de Pavas (1988) y, posteriormente, la Clínica Tibás (1990), a cooperativas autogestionarias, conformadas por profesionales en el campo de la salud; y la apertura del Centro Integrado de Coronado (1988) con un enfoque de medicina integral y familiar. Estas fueron las únicas reformas en el área de los servicios de atención médica que presta la Caja.

Un factor que coadyuvó fue la continuidad que tuvo el Dr Guido Miranda, Presidente Ejecutivo, lo que permitió mantener las mismas orientaciones y seguir desarrollando algunos planes, como los anteriores. En la actual administración, a pesar del cambio de gobierno, básicamente, se mantienen las mismas orientaciones del período anterior y donde se trata de generalizar las experiencias de Tibás y Pavas, en buena medida, resultado del consenso cada vez más amplio que hay entre los partidos mayoritarios, y del marco político que establece el Ajuste Estructural.

El Proyecto de Capitación de Barva

El proyecto de capitación se comienza a desarrollar el 19 de enero de 1987. Este se basaba en el antiguo proyecto de La Peregrina, que nunca se hizo efectivo. Y se realizó en Barva de Heredia, donde existía un centro integrado MS/CCSS de atención y a solicitud de la comunidad. A diferencia del sistema tradicional este consiste en una adaptación del modelo de capitación, incorporando la aplicación de un enfoque basado en la atención integral de la salud. Dicho proyecto se ha venido extendiendo a zonas aledañas. En él, los médicos se remuneran en función del

número de personas adscritas a él y existe libertad de escogencia entre los usuarios.

Este programa si bien fue pionero en lo referente al desarrollo del nuevo modelo de atención, persisten las dificultades señaladas desde sus inicios en lo referente a la necesidad de un cambio de actitud de los médicos y demás personal en relación a la atención integral a la salud (CCSS 1987). Otro problema es la falta de competitividad entre los médicos, bastión del programa, ya que al tratarse de una comunidad pequeña no hay suficientes médicos para que los adscritos puedan escoger libremente y porque sólo se ofrecen los servicios de atención básica (Sáenz 1991).

Un problema adicional es de tipo legal ya que se argumenta que persiste la relación obrero patronal entre los médicos y la CCSS. Esto se trató de superar contratando los servicios a una asociación de médicos. Ultimamente, han habido serias dificultades para realizar el pago de los médicos. De ahí que se visualiza la posibilidad de que se incorporen los médicos a la Cooperativa de Tibás, y ésta le venda tales servicios a la Caja. Este arreglo que es casi un hecho terminaría de ahogar los escasos grados de competitividad que el sistema tiene y constituiría su desaparición.

El Proyecto de Medicina Familiar de Coronado

En el año 1988, con la apertura por parte de la CCSS y el Ministerio de Salud del Centro Integrado de Coronado, cantón de la provincia de San José, se decidió implementar un programa de medicina familiar. Con ello no sólo se buscó probar el nuevo modelo de atención integral que se promulgaba como meta, sino que además el centro serviría para la capacitación en servicio de los residentes en Medicina Familiar.

En este caso se mantuvo la forma de contratación tradicional pero se ensayó una racionalidad diferente en la relación médico paciente dándole énfasis a las actividades de prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud. Esta experiencia piloto no ha sido extendida, a la fecha, a otras comunidades y recientemente ha salido a la luz pública un conflicto al interior de la CCSS, donde los médicos especializados en la medicina familiar han denunciado su marginación dentro de la institución

El proyecto de Cooperativización: el caso de COOPESALUD¹⁰

El segundo proyecto, se pone en marcha en 1988 con el arrendamiento de la nueva Clínica de Pavas a la COOPESALUD, pero antes tuvo que superar una serie obstáculos administrativos, políticos y jurídicos. No sólo por lo rico de esa experiencia sino por el hecho de que parece emerger como el modelo a seguir para diversificar la prestación de los servicios de salud e implantar el nuevo modelo de atención integral, se le dedicará un mayor espacio en la documentación de la experiencia.

La propuesta de cooperativización, a pesar de que había sido planteada como idea por la Comisión de la Asamblea Legislativa designada para analizar el Seguro Social, el Colegio de Médicos y el mismo Presidente Ejecutivo de la Caja, Dr Guido Miranda, fue propuesto inicialmente en 1986 por un grupo de médicos jóvenes, especialistas en salud pública y en administración de la salud. Algunos de los cuales habían participado en la elaboración de la propuesta de La Peregrina y de Barva de Heredia, y habían quedado disconformes con los entramamientos burocráticos que se dieron en el trámite que estas últimas obtuvieron, de parte de la Caja. Ello los motivó a plantear una fórmula no gubernamental, que les permitiera desarrollar un modelo de atención basado en el enfoque integral de atención de la salud.

Desde el comienzo se planteó realizarla en una Clínica que la Caja estaba por inaugurar en las Pavas, un suburbio localizado al oeste de la Ciudad de San José. Esta fue acogida positivamente por las altas autoridades de la Caja, ya que coincidía con los planes de redefinición de los servicios de atención médica, que públicamente había anunciado el Dr. Miranda.

Como se deseaba desarrollar un enfoque integral, que llevara a cabo labores de prevención, tradicionalmente realizadas por el Ministerio de Salud, al mismo tiempo que de atención curativa, se incluía en la propuesta incorporar al Centro de Salud del MS, el cual ya funcionaba en la localidad. Esto obligó a desarrollar también, negociaciones con el Ministerio de Salud, obteniéndose su apoyo.

No obstante, la decisión definitiva de la Caja y del Ministerio de desarrollar el proyecto tardó más de seis meses, y no fue sino hasta mediados de 1987, cuando se decidió emprender el proyecto. A ello contribuyeron dos hechos: primero, la declaraciones del Presidente Arias, quién sugirió públicamente al Seguro Social, que se instaurara la libre elección médica; y

¹⁰ Este apartado se basa en gran medida en una entrevista realizada al Dr. Fernando Marín, Gerente y fundador de COOPESALUD e integrante de las comisiones de elaboración de las propuestas de San Pablo de Heredia, la Peregrina y Barva de Heredia.

segundo, el impulso del Programa de Democratización Económica, promovido por el Ministerio de Planificación Económica, consistente en propiciar el traslado de actividades públicas al sector privado mediante la creación de cooperativas o empresas laborales autogestionarias. Este se inscribía en la firma del segundo convenio del Plan de Ajuste Estructural, que recientemente había sido suscrito el gobierno.

En efecto, a partir de este momento, el grupo que estaba promoviendo el proyecto, recibió todo el apoyo y la asesoría técnica de MIDEPLAN y de la Unión Nacional de Cooperativas, para inscribir la Cooperativa, la cual se fundó finalmente en octubre de 1987. Iniciándose, inmediatamente, el trámite de elaboración del convenio con la Caja.

Al mismo tiempo, las autoridades habían hecho pública la decisión de ceder a la cooperativa la administración de la Clínica de Pavas. Esto provocó que la comunidad iniciara un movimiento de oposición, argumentando que se iba a privatizar el servicio, y no habían sido consultados. A este se sumaron los empleados del Centro de Salud a cargo del Ministerio, ya que tampoco habían sido comunicados y los sindicatos de la Caja Costarricense del Seguro Social. La campaña de oposición se basó en el cuestionamiento a las iniciativas de privatización de los servicios de salud, que según estos sectores, promovían el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

Es importante señalar, que el proyecto contaba con todo el apoyo de los sectores conservadores, quienes habían reconocido que el Sistema de Medicina Mixta, implantado en la Caja había fracasado. De ahí que, en los últimos años asumieran un apoyo explícito a la experiencia de Barva, y ahora a la creación de la Cooperativa, pues ello abría un portillo para realizar una privatización más amplia. (El Temor Al Cambio, La Nación 13/3/88).

En este momento intervinieron directamente asesores de la presidencia, los viceministros de Salud y de Planificación Económica y el Gerente médico de la Caja, quienes contactaron con diversos líderes de la comunidad, y se dedicaron a promover reuniones en los diferentes barrios para dar a conocer y discutir el proyecto.

Cabe destacar, que el sector sindical fue el que asumió la resistencia más beligerante. Según este sector, si bien había que reconocer los problemas que tenía la consulta externa, ello no significaba que el modelo de organización de la consulta externa estaba agotado, tal y como lo planteaba la Caja. Por el contrario, consideraban que los cambios del modelo de atención que se planteaban -basados en la medicina preventiva- podían desarrollarse con un esquema estatal de provisión de servicios. Además, estaban preocupados por los efectos que traería una

proliferación de cooperativas (José L. Loria Defendamos la medicina socializada, La Nación 19/3/88).

Los líderes comunales, por el contrario, si bien estaban en desacuerdo con el proyecto, porque consideraban que la privatización de los servicios, podía tener consecuencias negativas en la calidad de la atención, reconocían la existencia de problemas en la organización de la consulta externa, que también afectaban la calidad. No obstante, a ellos no les importaba la modalidad del servicio, sino la calidad y, fundamentalmente, mantener su carácter gratuito.

Esta posición les permitió a los funcionarios gubernamentales dividir el movimiento, a tal punto que la comunidad aceptó negociar, con la condición de discutir los términos del proyecto de convenio de la Cooperativa con la Caja y el Ministerio de Salud.

Producto de esa negociación se firmó un acuerdo con los líderes de la comunidad el 25 de Marzo de 1988, víspera de la inauguración de la Clínica, el cual incluía, entre otros, los siguientes puntos: la eliminación de la cláusula que permitía incorporar dentro del convenio de administración los Centros Infantiles de Nutrición y de Atención Integral (CEN-CINAI), y la distribución de las tarjetas de leche que distribuye el Ministerio de Salud, para madres embarazadas en situación de pobreza. Garantizar el número de médicos que tenían las Clínicas del Seguro Social en otros lugares, el traslado de pacientes a Hospitales y "la gratuidad" del servicio. Realizar una campaña masiva de aseguramiento. Y participar, mediante la organización de un comité de vigilancia formado por la comunidad, en la gestión de la Cooperativa.

No obstante, cuando se pensaba que el proyecto estaba ya listo para su arranque, se suscitaron nuevos problemas, básicamente, de carácter jurídico, que fueron aprovechados por los sindicatos para dar la batalla final en su contra. En efecto, el Departamento Legal de la Contraloría General de la República se negó a ratificar el convenio firmado. Primero, argumentó que la Ley de Administración de Pública obligaba a las instituciones gubernamentales a licitar las contrataciones directas, que era la modalidad que se establecía en el convenio. Y, posteriormente, que era inconstitucional que los servicios públicos de salud, fueran administrados, por el sector privado. Finalmente, el dictamen por escrito establecía que la Ley Constitutiva inhibía a la Caja ceder la prestación del servicio de salud a un organismo privado.

Según el gerente de la cooperativa, Dr. Marín, esta posición no era ascética, sino una interpretación del espíritu de la ley, que aparentemente pretendía obstaculizar la realización del proyecto. Aún así la clínica había comenzado a

prestar servicios, como dependencia de la CCSS, mediante la contratación temporal de los miembros de la cooperativa, mientras se superaban los problemas que habían surgido en torno a la ratificación del convenio. Esto trajo una serie de problemas de carácter administrativo y financiero, que perjudicó inicialmente la imagen de la cooperativa ante la comunidad, hecho que provocó la protesta de algunos sectores de ella.¹¹

A raíz de lo anterior, se realizaron dos gestiones con el propósito de incluir en una norma en un presupuesto extraordinario que debía aprobar la Asamblea Legislativa a mediados de año, para dotar a la CCSS y al MS, de un marco jurídico que los autorizara a contratar servicios a empresas cooperativas. Esto desencadenó, nuevamente, la protesta de los sindicatos del sector público y la oposición de la mayoría de los diputados. La primera iniciativa, ni siquiera pasó de la Comisión de Asuntos Hacendarios.

La segunda, como producto de conversaciones de representantes de la Cooperativa con algunos diputados y de presiones políticas, logró llegar al plenario, sin embargo, fue nuevamente eliminada mediante una moción presentada por el Diputado de izquierda, Humberto Vargas Carbonell, en octubre cuando ya el proyecto de administración de la Clínica por medio de una Cooperativa se había iniciado dos meses antes (La Nación, 27-10-88).

Entre tanto, aprovechando la discusión en el plenario legislativo acerca de la norma, también se dieron en la comunidad de Pavas manifestaciones de desacuerdo con la gestión de la Cooperativa. Es así como, en un periódico comunal, se señalaba lo siguiente: "La comisión Administrativa, donde se iba a hacer sentir la opinión de las comunidades, en Pavas nadie la conoce ni a ninguna organización comunal la han llamado para expresar sus opiniones de la Clínica, y menos para definir políticas." (Clínica de Pavas: negocio privado que presta mal servicio, Adelante, 27/10/88 P:21).

Debido a que los miembros de Cooperativa, prácticamente veían fenecer el proyecto iniciaron diferentes gestiones ante el presidente Arias para conseguir mayor apoyo. Como consecuencia de esta solicitud, se organizó una reunión de alto nivel entre el Ministro de Salud, Dr. Edgar Mohs, el Presidente Ejecutivo de la caja, el Contralor de la República, y uno de los asesores

¹¹ Se presentaron contradicciones entre la estructura presupuestaria, basada en el modelo tradicional, y organizacional de la clínica, que seguía el enfoque del servicio integral. Así, entre otros problemas, la cooperativa había planeado la incorporación de personal dedicada a estas labores y que no tenían asignación de plazas.

presidenciales. Ello coincidió con el nombramiento del Sr. Oscar Soley en la Contraloría, quien tenía una visión más positiva de esta nueva modalidad.

Es a partir de esta reunión, que se planteó sustituir la figura jurídica de convenio, por la figura burocrático-institucional de proyecto, ya que ello no requería ratificación, por parte de la Contraloría. Esto coincidió con otra propuesta de Coopesalud, cuyos miembros venían haciendo una revisión detallada de la Ley Constitutiva de la Caja, consistente en utilizar una Ley, aprobada en los años setenta, que modificaba esta última, la cual en su sexto artículo estipula que la Caja estaba autorizada para desarrollar proyectos que mejoran los servicios al usuario. De modo que, tan sólo con la elaboración del reglamento se podía ejecutar el proyecto. Al mismo tiempo, se proponía la elaboración de un decreto por parte del Ministerio de Salud autorizando un convenio con la Caja para dichos fines.

Superados los obstáculos jurídicos, el gobierno publicó el decreto y la Caja el reglamento respectivo, con lo cual comenzó a operar la cooperativización de la administración de la Clínica el 29 de agosto de 1988. Desde entonces se ha iniciado un proceso paulatino de ampliación de cobertura y de diversificación del servicio, que ha permitido mejorar su calidad (Friedler y Rigoli, AID, 1991 CCSS, 1990). No obstante, la cooperativa ha venido enfrentando una serie de problemas administrativos y políticos, que dan la sensación de que aún no ha logrado constituirse en un proyecto consolidado, desde el punto de vista político, como para ofrecer una alternativa sólida al modelo tradicional.

En efecto, desde la administración Arias la Cooperativa enfrentó problemas con el Ministerio de Salud, para el pago de lo que corresponde por la venta de servicios en el campo de la medicina preventiva. Con la Administración Calderón Fournier ello se ha agudizado, a tal punto, que hoy el Ministerio de Salud le adeuda 30 millones de colones, cuyo pago se está negociando actualmente con el Ministerio de Hacienda gracias al apoyo del Sr. Vargas Pagan, Ministro de Planificación y responsable del Programa de Reforma del Estado. Incluso el Ministro de Salud Carlos Charpantier, ha expresado su desinterés con el proyecto, al extremo de declarar públicamente la posibilidad de no renovar este año el convenio.

Por otra parte, en la Caja, tampoco, ha existido a nivel de mandos medios y de los médicos de clínicas y hospitales consenso, en relación con la experiencia de Coopesalud. Según, el Gerente de la cooperativa Fernando Marín, se han dado entrabamientos administrativos y hasta boicot, como por ejemplo, la devolución de pacientes referidos a otros hospitales y clínicas, porque se argumenta de que provienen de una empresa privada, y atrasos en el despacho de medicamentos y otros insumos. También, son comunes las valoraciones negativas de parte de algunos técnicos

en el área de la planificación médica (CEPAS, 1990, P: 10).

En la presente administración, si bien se firmó la renovación del proyecto (1990), el nuevo presidente ejecutivo de la CCSS, Dr. Elías Jiménez tampoco estaba muy convencido de sus logros económicos. En declaraciones a la prensa, manifestó que, aún cuando la comunidad consideraba que se había dado un mejoramiento de la calidad del servicio, esta modalidad, aparentemente, era más costosa.

En virtud de esta preocupación, la Caja realizó dos evaluaciones en noviembre y diciembre de 1990. La primera concluyó, que la organización de los servicios de atención curativa presentaban una mejor disposición de los recursos, en comparación con otras clínicas de semejantes características, lo cual se expresaba en la menor utilización de los servicios de apoyo en las consultas de medicina general, el menor uso de los servicios especializados de otros centros de la Caja y en las diferencias de comportamiento en la hora de llegada a la Clínica, de la población que solicita los servicios el mismo día, así como, la hora en que finaliza la consulta. Además, señala que la Clínica de Pavas, realiza mejor las labores a su cargo, por la mejor administración de los servicios, la cantidad de recursos humanos y la existencia de una idea de atención integral (CCSS 1990: 41)

La segunda evaluación, que se basó en estudios de opinión a los asegurados, dió los siguientes resultados:

- " 1. Un alto nivel de satisfacción general, acerca de la atención recibida (alrededor de 95%)
2. Adecuadas relaciones médico-paciente
3. Una opinión muy favorable sobre los servicios de apoyo, tales como Rayos X y el laboratorio (96%) y farmacia (90%)
4. Disminución significativa de los tiempos de espera y opinión favorable sobre ellos.
5. Comparados estos resultados con los obtenidos en diversos estudios efectuados sobre otras clínicas de la Caja Costarricense del Seguro Social, se puede decir que son altamente favorables a la nueva modalidad de prestación de los servicios ambulatorios" (CCSS 1990:11).

Además, la Presidencia Ejecutiva, solicitó a la Agencia para el Desarrollo Internacional, de los Estados Unidos, fondos para contratar una evaluación externa, cuyos resultados favorecieron, también al proyecto piloto. En efecto, según este estudio el modelo de seguridad social que provee Coopesalud en la Clínica de Pavas es altamente exitoso, desde varios puntos de vista: satisfacción del paciente, acceso al seguro, el nivel de provisión de servicios, el nivel de cobertura en el área de población, la provisión de servicios mixtos, y la determinación

de las necesidades de la comunidad. Además, los costos promedio por consulta son menores que en otras Clínicas de características parecidas y presenta, por lo tanto, una relación costo - efectividad más alta. Por tal razón, consideran dicho proyecto como un modelo alternativo al tradicional (Fiedloer y Rigoli 1990).

Producto de estas evaluaciones, se modificó sensiblemente, la posición de la actual Presidencia Ejecutiva; tanto que se ha anunciado entregar a nuevas cooperativas las clínicas que se inaugurarán próximamente en Los Santos, localidad situada en San José, en el cantón de Santa Ana, en Chacarita de la provincia de Puntarenas y en Cartago.

No obstante, para algunos sectores, principalmente los sindicalistas, la discusión aún no está agotada. Por el contrario, ellos consideran que la administración de la Clínica de Pavas, por parte de Coopesalud, se encuentra subsidiada, y esta es una de las razones principales de su éxito financiero. Además destacan que, la Caja, no percibe ningún beneficio económico por el arriendo de la administración de la Clínica a una empresa cooperativa (CEPAS 1990:10).¹²

Por otra parte, afirman que el argumento de la implantación de un modelo integral no justifica la privatización de la administración de las clínicas, ya que éste podría alcanzarse haciendo ajustes sustanciales al modelo tradicional. Con este criterio, coincide paradójicamente, el Dr. Marín, quién considera que la clave del éxito de la Clínica de Pavas, no es necesariamente, la cooperativa, sino el nuevo modelo de atención.

No obstante, hay detrás de los esfuerzos de privatización, algo más que una crítica al modelo de atención: un diagnóstico negativo del Estado, que plantea la imposibilidad de lograr estos cambios en el marco de la institucionalidad estatal, dada la politización extrema del aparato administrativo y la burocratización excesiva. Lo cual plantea, como una de las alternativas, favorecer procesos de descentralización de la ejecución de los servicios. Este es el argumento principal que esbozaron, algunos de los impulsores de Coopesalud (Marín Vargas 1990).

¹² El subsidio se realiza por medio de tres mecanismos: i) arriendo simbólico de las instalaciones contra el pago de mil colones por una sola vez; ii) alquiler simbólico del mobiliario y equipo; y iii) otorgamiento de suministros, incluidos medicamentos, a precio de costo. Otro incentivo del contrato establece que la CCSS se encarga de pagar los seguros de las instalaciones y equipo.

El proceso de desconcentración tuvo un desarrollo mediano, mientras que los aspectos de planificación local y comunitaria no presentan ningún desarrollo (Ibid P:49). Con respecto al grado global de desarrollo de los SILOS, sólo el 30% de las observaciones señalan un desarrollo máximo, el otro 33% ubican las respuestas en ninguno e inicial desarrollo (Ibid P:51).

Algunos de los más importantes factores que han limitado el desarrollo, según los funcionarios encuestados, son: falta de capacitación de los integrantes del CTL en administración y gerencia, centralismo administrativo, escasez de recursos, escasa coordinación e integración interinstitucional, normas y reglamentos poco flexibles, incertidumbre por la reestructuración del Ministerio de Salud y no coincidencia de áreas y regiones de salud entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social.

Otra evaluación con idéntica metodología, realizada en enero de 1992, sobre el desarrollo de los niveles de coordinación e integración de la Caja y el Ministerio, concluyó, entre otras cosas, lo siguiente: en primer término, que el nivel de coordinación e integración es apenas intermedio, ya que existen grandes dificultades para su ejecución. En segundo término, que los Consejos Técnicos Nacionales, Regionales y Locales no desempeñan efectivamente su función. En tercer término, que no se realizan todavía las diferentes etapas del proceso de planificación en forma sistemática y conjunta, principalmente, las de evaluación que son las que menos se realizan, y en las cuales la comunidad participa muy poco en el proceso y, cuando participa, generalmente lo hace en forma pasiva. En último término, que continúan presentándose problemas entre ambas instituciones por la utilización y distribución de insumos, equipos y planta física (García 1992:46-47).

En otras palabras, después de nueve años de impulsar una política de coordinación e integración de servicios, pareciera, tomando como base las opiniones de estos estudios, que el avance del proceso de integración y coordinación entre la Caja y el Ministerio no ha sido tan significativo, como debiera, sobre todo considerando que dicha política ha sido y es prioridad dentro de los enunciados de las políticas de salud de los últimos tres gobiernos.

BIBLIOGRAFIA

Ayala, Norma, et. al. 1992. **Grado de desarrollo de la estrategia de los SILOS en Costa Rica: segunda evaluación.** San José: CCSS.

CEPAS. 1990. "Nuevas tendencias en las políticas de salud: la privatización de servicios". En **Panorama Comunal**, No 6, CEPAS.

Céspedes, V.H.; C. González y R. Jiménez. 1990. **Costa Rica frente a la crisis. Políticas y Resultados.** San José: Academia de Centroamérica.

CCSS. 1991. **Informe evaluativo de la gestión administrativa y programática de la CCSS. 1980-1990.** San José: CCSS.

CCSS. 1990a. **Costos, producción de servicios y satisfacción de usuarios y proveedores de la clínica de Pavas.** San José: CCSS.

CCSS. 1990b. **Estudio acerca de la administración y utilización de servicios de salud en la clínica de Pavas.** San José: CCSS.

CCSS. 1989. **Evaluación del centro de salud integrado de Barva y del modelo de capitación.** San José: CCSS.

CCSS/OPS. 1980. **Análisis integral de la Caja Costarricense del Seguro Social.** San José: CCSS.

Jaramillo, Juan. 1984. **Los problemas de la salud en Costa Rica.** Segunda Edición. San José: Editorial Ambar.

Fielder, John y Felix Rigoli. 1991. **The Costa Rican social security fund's alternative models: a case study of the cooperative - based, coopesalud pavas clinic.** Washington: International Science and Technology Institute.

Güendel, Ludwig. 1986. **Análisis del impacto del proceso de estabilización económica en la política social del Estado costarricense: el caso de la caja Costarricense del Seguro Social.** Tesis presentada para optar al grado de maestría en Sociología. Universidad de Costa Rica.

Güendel, Ludwig. 1987. "Crisis y estabilización financiera en el seguro social de Costa Rica". En **Revista Centroamericana de Administración Pública**, No 12. ICAP.

Güendel, Ludwig y Roy Rivera. 1989. **Orden y Política Social.** CSUCA. Mimeo.

Marín, Fernando y Mauricio Vargas. 1990. **Plan para la reestructuración del Sistema Nacional de Salud con la participación activa del sector privado.** San José: Mimeo.

Miranda, Guido. 1988. *La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica*. San José: Editorial EDNASSS-CCSS.

Miranda, Guido y Luis Asís-Beirute. 1989. *Extensión del seguro social a la zona rural en Costa Rica*. San José: Editorial EDNASSS-CCSS.

Mohs, Edgar. 1983. *La salud en Costa Rica*. San José: Editorial UNED.

Rosemberg, M. 1980. *Las luchas por el seguro social en Costa Rica*. San José: Editorial Costa Rica.

Rosero, Luis. 1985. "Determinantes del descenso de la mortalidad infantil en Costa Rica". En *Demografía y epidemiología en Costa Rica*, Asociación Demográfica Costarricense, San José.

Rosero, Luis y Hernán Caamaño. 1984. "Tablas de vida de Costa Rica, 1900- 1980". En *Mortalidad y Fecundidad en Costa Rica*, Asociación Demográfica Costarricense, San José.

Sáenz, Luis B. 1991. *Desarrollo de nuevas modalidades de atención a la salud*. Documento no publicado presentado a la Comisión de Reforma del Estado, San José.

Sanguinetti, Jorge. 1988. *La salud y el seguro social en Costa Rica*. Informe de consultoría preparado por Development Technologies Inc. y Pragma Corporation para MIDEPLAN/BANCO MUNDIAL.

Sauma, Pablo. 1990. *Impacto redistributivo del gasto público en programas sociales*. San José: Instituto de Investigaciones en Ciencias económicas de la Universidad de Costa Rica.

Vallejo, César y Roberto Iunes. 1991. *El sector salud en Costa Rica: Financiamiento y eficiencia*. Informe de consultoría preparado para el Banco Mundial. Mimeo.

