

## **11.- LA INFORMACIÓN ASIMÉTRICA COMO VIOLACION DEL PRINCIPIO DE SOLIDARIDAD**

El problema conocido en doctrina como “información asimétrica”, resulta a todas luces violatorio del principio de solidaridad pues con el aseguramiento se busca interesadamente o con oportunismo, obtener en forma inmediata los beneficios derivados de tal aseguramiento, y una vez resuelto el problema de salud, evadir la contribución a la seguridad social y salirse del sistema.

Las medidas que tienden a reducir ese problema no violan el derecho constitucional de libertad de asociación.

Tal la opinión de la Dirección Jurídica contenida en el Dictamen N°DJ-1219-97, del 22 de Julio 1997, emitido ante una consulta del Dr. Albin Chaves Matamoros, Coordinador del Comité de Farmacoterapia.

### **ASUNTO: Acuerdo del Comité Central de Farmacoterapia**

Me refiero a su oficio DF-N°1020-07-97 del 21 de este mes, en que usted- con absoluta justificación- expresa su preocupación por la violación que significa, al principio de solidaridad, el “aseguramiento veloz” de algunas personas, para beneficiarse con medicamentos o tratamientos costosos.

En doctrina de la seguridad social, ese problema apuntado por usted ha sido descrito como “selección desfavorable”, o “información asimétrica”, pues resulta claro a todas luces que con el aseguramiento se busca interesadamente o con oportunismo, obtener en forma inmediata los beneficios derivados de tal aseguramiento, y en algunas oportunidades ese “asegurado” oportunista, una vez resuelto el problema de salud, procura evadir la contribución a la seguridad social y salirse del sistema.<sup>1</sup>

Es obvio que ningún fondo previsional puede soportar esa conducta, cuyo contenido material – independientemente de los subterfugios formales que la puedan proteger- es evidentemente fraudulenta.

Desde luego que es posible que es posible buscar mecanismo de desestímulo a conductas como las referidas. La institución puede establecer esos mecanismos por vía reglamentaria.

Uno de los instrumentos que históricamente se han utilizado es el llamado “período de espera”, según el cual el asegurado debe hacer cotizado un determinado mínimo de tiempo para tener derecho a los beneficios en dinero y en especies.

---

<sup>1</sup> La expresión “información asimétrica” se explica en la circunstancia de que al momento de iniciarse la relación de aseguramiento, el asegurador, que contrae la obligación de atender el riesgo protegido, no tiene a su disposición toda la información del asegurado, en el caso de seguro de salud sobre el estado de su salud.

En cuanto al primer aspecto (prestaciones económicas), en el nuevo reglamento del seguro de Salud se estableció un período de espera de al menos seis meses cotizados durante los últimos doce anteriores a la fecha de inicio de una incapacidad. Pero está visto que a muchas personas, sobre todo las que tienen la libertad de afiliarse voluntariamente, eventualmente no les interesa percibir los subsidios en dinero sino otros beneficios que pueden tener significación económica mucho mayor.

Con lo anterior se quiere expresar que el problema de la selección desfavorable se da mayoritariamente con los asegurados por cuenta propia, pues –en forma incongruente con el principio constitucional de la universalización- en el país no se ha logrado establecer el aseguramiento obligatorio para todos los que conformamos el sector productivo, lo cual podría facilitar ese mecanismo de fraude.

En la Institución ya se conoce el tema, al punto que en un trabajo sumamente interesante que efectúa el Dr. Carlos Zamora Zamora, dentro de la maestría en Salud Pública está tratando de probar que el aseguramiento por cuenta propia en Costa Rica significa un grueso filón de ruptura al principio de solidaridad social, pues son los que más tienen, los que pueden buscar ese tipo de aseguramiento oportunista. Entiendo que la información que ya ha recopilado es bastante elocuente en dirección a dicha hipótesis.

La jurisprudencia constitucional también se ha ocupado del tema. Así, en el Voto N°3696-96, de las 8:42 horas del 19 de julio, se dijo:

**“CONSIDERANDO:**

UNICO: El asunto que plantea el recurrente está más relacionado con el tema de la solidaridad de los regímenes de seguro social, y no con la libertad de asociación. El reclamo del recurrente se promueve porque el sistema que establece la CCSS, le condiciona libremente, el ingreso y egreso del Régimen del Seguro Voluntario para disfrutar de sus beneficios.

“El obstáculo que encuentra el recurrente es porque una vez ingresado al sistema, y al dejar de cotizar para él luego de seis meses es automáticamente excluido, todo lo cual, significa que si desea reingresar, debe cancelar las cuotas no pagadas según lo establece el artículo 7° del Reglamento del Seguro Voluntario y el Reglamento de Extensión de los Seguros Sociales a los Trabajadores Independientes.

“En criterio de esta Sala, mal interpreta el recurrente su facultad de afiliarse y desafilarse basado en el artículo 25 de la Constitución Política, toda vez que, según el artículo 74 de la constitución los beneficios sociales deben procurar un apolítica permanente de solidaridad la cual no se consigue únicamente con la afiliación para disfrutar de sus beneficios, y posteriormente dejarlos cuando no se necesiten. Esto significaría que el recurrente estaría disfrutando de un régimen establecido a favor de aquellos trabajadores independientes afiliados al Régimen de la CCSS, recibiendo sus servicios por un costo realmente menor al que debería cancelar al no estar afiliado.

“Las disposiciones que ha establecido la Institución recurrida, en criterio de la Sala, son razonables en tanto que la Institución busca proteger sus costos de operación, y, en donde el interesado debe cancelar los meses que le adeuda Según establece el respectivo tope del art.7° del Reglamento del Seguro Voluntario.

“La jurisprudencia de esta Sala es aplicable al presente asunto, en casos en que se ha discutido el tema de la solidaridad social, como en los fondos de ahorro de jubilaciones, toda vez que estos buscan el sostenimiento económico y solidario del sistema por medio de sus propios contribuyentes. En este sentido se ha dicho:

““El hecho de que al recurrente no se le permita retirarse del Fondo de Ahorro, Préstamo, Vivienda y Garantía que exista en Recope –el cual fue creado por medio de Convención Colectiva– en tanto permanezca como trabajador de esa Institución no constituye lesión alguna al derecho de libre asociación que establece el art.25 de la Constitución Política, como se afirma. En efecto, no se trata aquí de un interés meramente particular – que es al que se refiere el artículo- sino el beneficio de los propios trabajadores e inspirado en principios de solidaridad superiores al interés meramente individual.” (Sentencia 5125-93 de las 11 hs. 48 minutos del 15 de octubre de 1993).

No hay pues, un sistema de sostenimiento del régimen de Seguro Voluntario que logre brindar los servicios a todos aquellos que lo conforman, con el disfrute esporádico de aquellos interesados en obtener solo sus beneficios, en perjuicio del financiamiento y del potencial disfrute de los demás. De esta manera, aceptar lo pretendido por el recurrente, iría en detrimento del derecho de los demás miembros de régimen que cubran sus cuotas, tanto para elevar los costos del sistema de seguro, como para su sostenimiento y fortalecimiento. En consecuencia el recurso se debe declarar sin lugar.”<sup>2</sup>

Me parece que, conociendo usted que su preocupación es plenamente compartida por esta Dirección, quizá lo más recomendable sería que se exponga formalmente a la Gerencia de la División Médica, para que a ese nivel se ordene el análisis pertinente y a la propuesta de soluciones reglamentarias, técnicamente recomendable que los datos de que usted dispone pudieran ser compartidos con el Dr. Zamora, para los efectos de su trabajo de investigación ya referido.

## DIRECCIÓN JURÍDICA

Oscar Arias Valverde

Director General

---

<sup>2</sup> REVISTA JURÍDICA DE SEGURIDAD SOCIAL. N°7, San José, Costa Rica, mayo de 1997,pág.40