

artículos

Crisis y estabilización financiera en el Seguro

Ludwig Güendell González* **Social de Costa Rica**

EN EL PRESENTE ARTICULO SE ANALIZA EL PROCESO DE CRISIS Y REESTRUCTURACION DEL SEGURO SOCIAL DE COSTA RICA DURANTE EL PERIODO 1978-1988. PLANTEA LA TESIS DE QUE ESTE HA SUFRIDO UN PROCESO DE REESTRUCTURACION DIRIGIDO A AUMENTAR LA CAPACIDAD OPERATIVA MAS QUE A DESMANTELARLO, PRODUCTO DEL RECLAMO DE LOS SECTORES POPULARES Y LOS GREMIOS DE PROFESIONALES EN MEDICINA.

Introducción

Desde finales de la década pasada la ampliación del Estado costarricense moetró su límite estructural. Por un lado, los desajustes fiscales que se venían presentando desde tiempo atrás se transformaron en una seria crisis, que repercutió en la provisión de los servicios. Por otro lado, los sectores empresariales, especialmente los vinculados con el capital transnacional y las actividades agroexportadoras, se encontraban en desacuerdo con la magnitud que había alcanzado el Estado y promovían su retiro de algunas actividades.

Una de las áreas que se ha visto más afectada ha sido la política social. No sólo ha sufrido serias dificultades para su financiamiento, sino que también ha presentado problemas de gestión, que la han hecho incapaz de satisfacer las crecientes demandas sociales. Hechos que se han expresado en la formación de crisis financieras y de administración en las diferentes instituciones de bienestar y asistencia social.

En términos políticos esta situación ha llevado a que los sectores descontentos con el actual modelo de Estado enfaticen en las dificultades de gestión que sufren y propugnen por una reestructuración por medio del desmantelamiento. Esto lógicamente provocaría modificaciones significativas en nuestro régimen político, toda vez que estas políticas han constituido uno de los principales factores, sino el fundamental, para la construcción de un tratamiento consensual del conflicto social. Por otro lado, los sectores económicos y políticos que han impulsado la ampliación de la actividad estatal se encuentran en una posición defensiva. Entre ellos sobresalen los grupos empresariales y políticos, sobre todo los militantes del Partido Liberación Nacional, organización que promovió la constitución de este modelo de estado, que plantean una reestructuración del Estado y particularmente de la política social, por la vía de un aumento en la capacidad de gestión.

El presente artículo tiene el propósito de analizar este proceso de crisis y reestructuración del Estado, en el caso particular del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social, institución que enfrentó a partir de 1980 una profunda crisis financiera, y que ha experimentado desde 1982 un proceso de estabilización financiera, el cual se

* Sociólogo Investigador y Docente del Instituto Centroamericano de Administración Pública y la Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Costa Rica.

enmarca dentro de las políticas de estabilización y reactivación que se están aplicando a la economía costarricense en su conjunto.

En el primer apartado se realiza una caracterización general del seguro de salud, su funcionalidad en el sistema económico y político y su impacto en el desenvolvimiento de la actividad médica en el país. En el segundo apartado, se analiza la crisis de la economía y el Estado costarricense y su efecto en la institución aseguradora. En el tercer apartado se estudia el proceso de estabilización financiera y las propuestas de reestructuración del modelo de prestación de servicios.

1. Estado, Seguro Social y Medicina

Costa Rica se ha distinguido en los últimos treinta años por desarrollar un Estado, que ha venido otorgando de manera creciente un lugar privilegiado a la atención de los problemas sociales, generados por una sociedad que presenta profundas desigualdades en el campo económico y del poder político.

La salud ha sido una de las áreas sociales que se ha favorecido más ampliamente con dicha intervención. En la década de los cuarentas período en el que se realizó una importante reforma social que incluyó medidas en el campo de la educación, la vivienda y las relaciones obrero-patronales, se fundó la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución que fue ampliándose gradualmente hasta culminar

con la universalización de sus servicios hacia principios de los años setentas.¹

La fundación del seguro social constituye desde las ópticas de la economía, la medicina y la política un hecho de profunda relevancia para la sociedad costarricense:

1. Desde el punto de vista económico ha cumplido con varios propósitos: en primer término, ha abaratado una parte de los costos de reproducción de la mano de obra industrial por la vía de su socialización, mediante los siguientes mecanismos:²

- a) El divorcio que existe entre el pago y el uso de los servicios que realizan los contribuyentes.³
- b) La financiación tripartita (obrero, patrón y Estado), que posibilita, por un lado, financiar una parte del seguro con la aportación del Estado, el cual ha venido cargándola a los consumidores por medio de los impuestos indirectos; y, por otro lado, en virtud de que la cotización de los trabajadores es porcentual y sin ningún tipo de topes, una contribución del trabajador basada en el monto de sus salarios o sueldos.

En segundo término, precisamente mediante este proceso de socialización de costos, se ha dado una redistribución del ingreso de los sectores que perciben una mayor remuneración hacia los que se encuentran en los niveles más bajos de la escala salarial.⁴ En tercer término, ha coadyuvado determinantemente al mejoramiento de la productividad de la mano de obra, al mejorar, significativamente, las condiciones de salud de los trabajadores con las que se incorporan a los procesos de trabajo. Además, habría que agregar que ello ha contribuido a incrementar la esperanza de vida del trabajador, lo que desde el punto de vista del empresario significa ampliar la vida útil de su "capital humano". En último término, ha constituido un "facilitador" para que se desarrollara de manera amplia la industria y el mercado farmacéutico. Esta función la ha

1. Véase además: Manuel Rojas Bolaños. *Lucha social y guerra civil en Costa Rica 1540-1548*. San José : Editorial Porvenir, 1979.

2. Véase además: Ludwig Güendell González. "Análisis del impacto del proceso de estabilización económica en la política social del Estado Costarricense". Tesis de Maestría en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales: Universidad de Costa Rica, 1986, p. 74-78.

3. Véase además: Edgar Briceño y Eduardo Méndez. *Efectos de los programas de salud pública sobre la distribución del ingreso en Costa Rica*. San José : Universidad de Costa Rica, Facultad de Ciencias Económicas, 1981.

4. *Ibid.*, p. 56.

cumplido de dos modos, por un lado, difundiendo una concepción de la medicina basada principalmente, en el tratamiento de la enfermedad, la cual desarrolla enfoques terapéuticos que privilegian el uso de medicamentos. Esto ha contribuido a que se incorporen pautas que elevan la propensión de los consumidores (trabajadores) a adquirir fármacos, incluso sin la debida autorización del profesional en medicina. Por otro lado, el desarrollo de tal enfoque, internamente ha provocado un crecimiento significativo del gasto en medicamentos de la oferta de servicios de diverso tipo en el país, la convierten en el "consumidor" más importante del mercado farmacéutico nacional.

Antes de proseguir con el siguiente punto, es importante realizar brevemente una aclaración de carácter conceptual en torno a las diversas "funciones" económicas que cumple el seguro social como parte de las actividades de bienestar que desarrolla el Estado. Es común en algunas interpretaciones que le asignan al Estado una racionalidad económica, comprender dichas "funciones" como resultado de la lógica del capital o de la instrumentalización que realiza la burguesía para satisfacer sus intereses económicos a corto o largo plazo. A mi juicio, estos enfoques son muy limitados, en la medida en que le otorgan al papel del Estado, una racionalidad que no tiene y por consiguiente, tienden a unilaterizar la política estatal, en este caso la política social.

5. La medicina estatal en Costa Rica y en general en América Latina se fue desarrollando principalmente a raíz de los problemas de salud que se presentaban en las actividades productivas esenciales, provocados por el parásito anquilostomo que generaba una grave anemia, con consecuencias muy negativas en la productividad de la mano de obra, la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades infectocontagiosas que se propagaban en virtud de las deterioradas condiciones de vida existentes en la época. Para análisis detallado de la historia de la medicina estatal en Costa Rica y la situación de salud, puede consultarse: Francisco Rivas. *Desarrollo histórico de la práctica médica y los problemas de investigación*. San José : Universidad de Costa Rica, Escuela de Medicina, 1978.

6. Véase además: Juan César García. "Crecimiento y transformación de la medicina estatal". *Revista Latinoamericana de Salud*. (1):102-117, 1982.

Si bien puede identificarse una determinada funcionalidad en el área económica, que a primera instancia puede aparecer como un propósito intrínseco a su origen y posterior desarrollo, es necesario aclarar que más bien constituye el producto de la conjunción de una serie de elementos, que para el caso costarricense, podríamos citar como los más importantes: el impulso de políticas económicas de inspiración keynesiana, en virtud del predominio alcanzado en el Estado por la burguesía industrial que recién comienza a desarrollarse paralelamente a la fundación y ampliación del seguro social; la importancia que mantienen dentro del partido Liberación Nacional los sectores medios; los lazos que se construyen entre el partido y su base electoral, lo cual va a devenir en la constitución de clientelismos políticos que le darán a esta organización una estructura de poder altamente compleja; la relación de dependencia que va a establecerse entre la actividad estatal y algunos sectores empresariales, y su "status" jurídico de institución descentralizada, aspecto de fundamental importancia para aquellas fuerzas sociales interesadas en ampliar el aparato de bienestar del Estado costarricense.

2. Con el seguro social la medicina estatal se ha visto profundamente transformada. De la antigua asistencia pública, propia del Estado liberal, que se restringía a la aplicación de acciones sanitarias sobre todo en las actividades de gran concentración de fuerza de trabajo⁵ y a la incorporación de la caridad como una obligación del Estado⁶ pasa al concepto de seguridad social, que responsabiliza al Estado de la salud de la población trabajadora. Mientras la primera es definida como una actividad esporádica y de baja calidad, cuyo interés se centra no en la recuperación y mantenimiento de la fuerza de trabajo sino en la disminución de las tensiones sociales, la segunda, más bien, se encuentra asociada en su primera fase a garantizar la salud de la población asalariada y posteriormente, con su universalización, a la gran mayoría de trabajadores incluyendo los campesinos y los trabaja-

dores independientes. Con este cambio operado en la medicina estatal, la salud pierde su carácter privado y si bien se conserva como un ámbito de realización individual, adquiere una dimensión social. Ello modifica el estado de salud de la clase trabajadora al punto de que eleva considerablemente su esperanza de vida, trayendo como consecuencia la reconstitución del ciclo de vida y por consiguiente el incremento de la población, lo que provoca un aumento en la demanda de los gastos sociales y modifica las expectativas y el sentido de la vida.⁷

3. Desde la perspectiva de su impacto político debe destacarse, primeramente, que su fundación es el resultado de todo un proceso de lucha social que fue obligando al Estado liberal al intervenir en el área social. Más aún, el propósito fundamental que le otorgó el Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, gobernante bajo cuyo mandato se aprobó la ley de creación del Seguro Social, fue precisamente garantizar la armonía social.⁸

Con la refundación del Estado costarricense ocurrida a partir de los años cincuenta, éste se enmarca en un proceso sistemático de incorporación del conflicto social al Estado (Sistema Político). Así

pues, la extensión de sus servicios de salud a la población va a realizarse de manera congruente con la ampliación de las políticas sociales, tanto en el número como en la cobertura de los diferentes programas. Esto queda de manifiesto con el hecho de que la denominada universalización de los servicios de salud, se aprueba en uno de los períodos de gobierno (1970-1974), en el que comienza a predominar la tesis de un capitalismo de Estado no transitivo,⁹ resultado de complejos factores en el interior del Partido Liberación Nacional, en los que tienen destacada participación la representación de los sectores populares.¹⁰ Esto va a consolidar la relación partido-masas, que hará todavía más complejo el gobierno de la economía.

La incorporación del conflicto social al Estado (sistema político) va a desplazar el ámbito de confrontación entre clases de la esfera productiva (las condiciones de trabajo y la negociación del salario directo, hacia la distribución ("el salario social") provocando un doble efecto: la socialización de la política, en la medida en que se va a ampliar el ámbito de acción del Estado y, por otro lado, la despolitización de la lucha social en cuanto a que el conflicto canalizado institucionalmente va a obtener un tratamiento técnico. Además, su institucionalización va a devenir en una reorientación de las demandas hacia el proyecto hegemónico.¹¹

En el caso específico de la salud, este proceso ha venido presentándose de la siguiente manera: la fundación del seguro social constituye el reconocimiento por parte del Estado de la existencia de una necesidad social y por tanto, la redefinición de la salud como un ámbito de realización privada.

Esto ha significado dos cosas: por un lado, las demandas de salud se han venido "operacionalizando" en el Estado, y como resultado el régimen de enfermedad y-maternidad del Seguro Social ha sufrido una expansión notable, hasta llegar a una cobertura del 80% de la población total.

Por otro lado, la dimensión política de la salud, esto es su determinación por las

7. La intervención estatal tiene, por consiguiente, un impacto que trasciende lo material e involucra el ámbito normativo. Véase además: Jürgen Habermas. *La Reconstitución del materialismo histórico*. Madrid: Taurus, 1987, p. 287.

8. Véase además: "Exposición de motivos del Poder Ejecutivo al Congreso, relativa al Proyecto de Ley sobre el Seguro Social Obligatorio". *Su Seguridad*. (1): 18, Mar., 1942.

9. Véase además: Ana Sojo. *Estado empresario y lucha política en Costa Rica*. San José: EDUCA, 1984.

10. Véase además: Ludwig Güendell González. *La política social y la asignación familiar en Costa Rica 1975-1976*. San José: CLACSO, 1986. (Avance de Investigación).

11. Para estudiar las consecuencias políticas que tiene la configuración del estado social existe una vasta literatura, entre otros se pueden consultar: Jürgen Habermas. *Op. cit.*; Bucí Glucksman. *Granci y el Estado*. México: Siglo XXI, 1978 y Portantiero, Juan Carlos. "La Democratización del Estado". *Pensamiento Iberoamericano*. (5):99-125, Ene., 1984.

condiciones de vida y laborales, se desdibujan para dar paso a una concepción de salud que enajena al trabajador, al presentarse ésta (la salud) como un problema técnico que se resuelve con la visita al médico y desde luego, con el uso de medicamentos.

2. El Seguro Social y la crisis del Estado costarricense

Hacia finales de la década pasada el seguro social comenzó a experimentar serios desajustes en sus finanzas, que se expresaron en la formación de un sistemático déficit de operación.

Los principales factores que lo propiciaron fueron, la universalización de sus servicios, iniciada a partir del año 1973 y fortalecida con el traspaso de los hospitales y clínicas administrados por la Junta de Protección Social, llevada a cabo en 1979, que elevó considerablemente los costos de operación, y la deuda del Estado como tal y como patrón, la cual venía acumulándose desde varios años atrás, hasta alcanzar en 1983 la suma de dos mil veintisiete millones de colones, en términos corrientes.

Ambos factores no son hechos aislados, sino que forman parte de un contexto mucho más general y rico en matices: la forma particular que ha asumido la gestión estatal de la economía y la sociedad costarricense en estos últimos treinta años, especialmente en los setentas, cuando se profundizó el perfil intervencionista del Estado.

Esto ha dado lugar a que se presente una tendencia a la crisis de racionalidad que ha hecho menos eficiente la actividad que desarrolla el aparato institucional y ha

provocado una mayor dificultad para organizar el consenso.¹²

Concretamente, en el Seguro Social una de las principales formas bajo la que se ha manifestado esta tendencia ha sido, precisamente, con el desarrollo y consolidación de la medicina curativa, que se logró gracias a la universalización de las prestaciones médicas, la cual no sólo requirió de una infraestructura altamente costosa sino también significó una atención al paciente muy onerosa y que no resuelve el verdadero origen de la enfermedad. Esto respondía a los intereses de los empresarios de este ramo y a la difusión de una concepción específica de medicina llevada a cabo por médicos, quienes la mayoría de las veces complementaban su labor en el Seguro Social con la consulta privada. En este sentido fue producto de una coincidencia de intereses de estos sectores con las clases subalternas.

Valga aclarar, sin embargo, que a pesar de tales limitaciones, esto constituyó, desde luego, un avance significativo en la atención de la salud de la población trabajadora, razón por la cual es una concepción en extremo limitada interpretarlo como una maniobra de la clase dominante para justificar un orden social que es productor de enfermedades.

Otros hechos que afectaron determinantemente las finanzas del Seguro Social y que forman parte de este escenario son la crisis económica y la crisis de hegemonía o dirección que se presentaba en el bloque en el poder.

La crisis económica desencadenó por una parte, un proceso inflacionario cuya consecuencia para la Institución fue la disminución de sus ingresos en virtud del rezago que tuvo el aumento salarial frente al incremento en el nivel general de precios y la lógica disminución en la capacidad adquisitiva de su presupuesto.¹³ Por otra parte, se expresó por medio de una recesión, principalmente en el sector industrial, que provocó un aumento en la desocupación. Esto redundó en una menor recaudación de fondos para la Institución a causa del cierre de empresas y la disminución de los ingresos generados por la cotización obrero patronal, a raíz del de-

12. Véase además: Ludwig Güendell González y Roy Rivera. "El desarrollo de la política social: Crisis y perspectivas". *Revista Polémica*. (2):Jun., 1987.

13. Véase además: Costa Rica. Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección Técnica Actuarial y de Planificación Institucional. *Estudio integral de la situación financiera del seguro de enfermedad y maternidad*. San José : La Caja, 1982, p. 90.

crecimiento de la contratación de la mano de obra.¹⁴

La crisis de hegemonía, por otra parte, provocó la exacerbación del conflicto social, fundamentalmente en el seno del bloque en el poder. La burguesía agroexportadora y comercial importadora se opusieron vehementemente al proyecto de Estado empresario que impulsaban la fracción de políticos-empresarios liberales,¹⁵ pero también algunos de estos sectores cuestionaban profundamente la existencia de un estado social redistributivo.¹⁶ Esta crisis que se expresó institucionalmente en fuertes enfrentamientos entre diferentes aparatos del Estado, que constituían parcelas de poder de determinado grupo o fracción, lógicamente devino en la conformación de una política económica y social incoherente, que en ocasiones asumió el carácter de errático. En efecto, a finales de la Administración de Daniel Oduber, las fuerzas políticas que venían oponiéndose sistemáticamente al proyecto de ampliación del Estado costarricense crearon un clima de descontento público generalizado hacia las instituciones gubernamentales, particularmente hacia la Corporación Costarricense de Desarrollo (CODESA) que encarnaba el proyecto de Estado empresario y las diferentes instituciones de bienestar social (Instituto Mixto de Ayuda Social) (IMAS), Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Asignaciones Familiares, Patronato Nacional de la Infancia (PANI), etc.). Esto se logró a partir de la construcción de un discurso que enfatizaba en la ausencia de una gestión pública racional y en la injerencia político-partidista en las

instituciones del gobierno, aspectos que eran considerados como las principales causas del incremento del gasto público y del déficit fiscal.¹⁷

Gracias a este planteamiento, que logra el reconocimiento de un gran sector de la población costarricense, es que la Coalición Unidad, que articulaba a tales fuerzas políticas, alcanza el triunfo electoral en los comicios de 1978.

Sin entrar a profundizar en este hecho social, resulta importante hacer dos anotaciones. Primero, constituye una paradoja el hecho de que este triunfo se lleve a cabo basado en una crítica al estatismo, cuando durante la Administración Oduber es que se incrementa más significativamente el "salario social" de la población trabajadora. Segundo, esto tiene su explicación en la veracidad que adquiere este discurso. En efecto, en virtud de la ampliación del Estado las principales contradicciones o conflictos sociales son desplazados hacia la esfera estatal, lo cual no sólo crea problemas de gestión en las diferentes instituciones públicas sino que "politicizarse" la toma de decisiones, como que también, en la medida en que no pueden ser satisfechas todas las expectativas de los diferentes sectores de la clase trabajadora ante la falta de un proyecto contrahegemónico que reoriente tales insatisfacciones hacia una profundización de la democracia, dicho proyecto de Estado perdió legitimidad.

Los sectores conservadores, que habían adquirido una importante influencia en esta coalición electoral, con la victoria no sólo lograron difundir su pensamiento, profundamente antiestatista, sino también le otorgaron factibilidad a sus propuestas de reestructuración del Estado y la sociedad costarricense. Este sector que durante los dos períodos de gobierno del Partido Liberación Nacional en la década de los setentas (Figueres (1970-1974) y Oduber (1974-1978), había estado relativamente relegado del proceso de toma de decisiones, ganó influencia en las principales instituciones públicas, lo cual les permitió el espacio suficiente para tratar de imponer en el terreno político su proyecto.

14. *Ibid.*

15. Véase además: Ana Sojo. Op. cit.; Hermán Alvarado y otros. *De los empresarios políticos a los políticos empresarios*. Heredia: UCID, 1981.

16. Ana Sojo caracteriza de esta manera el modelo de Estado que se desarrolló en Costa Rica a partir de 1950. En: Ana Sojo. "Morfología de la política estatal en Costa Rica". *Estudios Sociales Centroamericanos*. (37):Ene., 1984.

17. Véase: *La Nación* (C.R.), 9 de marzo, 1978, p. 14 A.; *La Nación* (C.R.), 18 de febrero, 1978, p. 15 A. y *La Nación* (C.R.), 26 de marzo, 1978, p. 14 A.

Por otra parte, el sector empresarial que reivindicaba una política económica más coherentemente al servicio de la empresa privada y, por tanto, una disminución del gasto estatal orientado a la "cuestión" social, retomaba parte del poder que había perdido en los últimos años. Sin embargo, también éste llevó al poder a capas medias insatisfechas con el PLN, y por lo tanto, más permeables al discurso opositor, como a políticos exliberacionistas, quienes se habían pasado a las tiendas "enemigas" con el afán de alcanzar una mayor influencia política en el Estado.

Esta diversidad de intereses dentro del gobierno, a los que habría que sumar los de aquellos liberacionistas que mantenían un control significativo en las diferentes instituciones públicas, evidentemente se expresó en una todavía mayor parcelación del Estado, lo cual devino en una política estatal, ya no solo "sobrepolitizada" por la reorientación que realizaban los distintos grupos de interés como en el pasado, sino, fundamentalmente, incoherente en la medida en que no existía ya un proyecto hegemónico que pudiera articular toda la gama de intereses. Todos estos hechos llevaron a la profundización de la crisis económica.¹⁸

Dentro del Seguro Social esta dificultad de articulación de intereses y proyectos se va a materializar en el enfrentamiento de, básicamente, dos tesis: la conservadora, que cuestionaba la seguridad social y la de un conjunto de sectores, no necesariamente coordinados, compuesto por los gremios de los profesionales en salud, políticos liberacionistas, de la Coalición Unidad y de las organizaciones de izquierda y, paradójicamente, algunos de los principales directores de la Caja, destacándose el Presidente Ejecutivo, Dr. Alva-

ro Fernández. Esto no sólo se va a dar como una disputa interna dirigida a reestructurar las prestaciones médicas, sino también; a expresar en diferencias con otras instituciones gubernamentales, principalmente con el Banco Central.

Es decir, no solamente no escapó de este fenómeno, sino que a raíz de este fuerte enfrentamiento ideológico-político entre los diferentes sectores que integraban la sociedad costarricense, y que se materializaron en orientaciones muy diferentes en las políticas que impulsaban los diversos aparatos del Estado hasta 1982, prácticamente fue consumido por un inmovilismo institucional que, en cierta medida, fue el causante de la profundización de la crisis financiera.

El Seguro Social y la Administración de la Coalición Unidad

La gestión del Seguro Social que realizó el gobierno de Rodrigo Carazo Odio se caracterizó por ser un proceso incoherente y en ocasiones errático. En este sentido fue una fiel expresión del carácter que asumió la política económica del período, la cual fue determinante para que se profundizara la crisis económica. Idénticamente a lo ocurrido con esta última, la política de seguridad social se constituyó en un espacio de fuertes enfrentamientos entre los sectores políticos y médicos que se ubicaban del lado de las propuestas antiestatistas y que, por consiguiente, cuestionaban el monopolio de la medicina por parte del Estado, y los que defendían el rumbo que se había seguido desde la creación de la Caja.

Dentro de los órganos directivos de la institución, si bien no puede apreciarse claramente esta tensión, si hay evidencias que dejan de manifiesto la existencia de distintos enfoques de solución a la crisis que se padecía.¹⁹ No obstante, lo que sí queda claro es que el presidente ejecutivo no se ubicaba dentro de una línea antiestatista. En efecto, desde el inicio de su gestión desarrolló una política orientada a impulsar medidas dirigidas a elevar la capacidad administrativa de la institución y a disminuir el gasto mediante su racionalización y no su recorte. Siguiendo una or-

18. Véase además: Eugenio Rivera Arrutia. *El Fondo Monetario Internacional y Costa Rica, 1979-1982*. San José: DEI, 1982.

19. Mientras Alberto Cañas, Miembro de la Junta Directiva proponía el establecimiento del sistema de seguridad social en Inglaterra, el Gerente, Walter Bolaños, planteaba la venta de hospitales al sector cooperativo. Véase CCSS, Sesión No. 5410, del 30 de abril 1980 y Sesión No. 5558, San José, 8 de octubre 1981.

den expresa del Presidente de la República, al comienzo de su administración, impulsó una serie de medidas de contención del gasto, pero no orientada a afectar los servicios. Aplicó una reforma administrativa destinada a iniciar un proceso de desconcentración y descentralización de la prestación de los servicios y actividades conexas, y como paso previo, llevó a cabo una regionalización de dicho ente. Propuso el desarrollo de programas de medicina comunitaria congruentemente con las acciones que impulsaban el Ministerio de Planificación Económica y el Ministerio de Cultura Juventud y Deportes, denominado en este gobierno de Promoción Humana, tendientes a construir una "democracia participativa" a partir de la creación de mecanismos de participación comunitaria en las instituciones públicas y políticas. Finalmente, impulsó dos proyectos de ley que proponían el pago de la deuda del Estado mediante bonos y la emisión de eurobonos por un monto de \$40 millones de dólares destinados a cancelar la deuda que el Estado había contraído con la institución por concepto de su incumplimiento del pago de la contrapartida del préstamo BID-CAJA, para la construcción y reparación de clínicas y hospitales. Estos dos proyectos presentados en 1979 eran indispensables para normalizar la situación de la Caja.

La fuerte oposición que tenía la C.C.S.S. por parte de los sectores antiestatistas en el gobierno, la importancia estratégica que tenían otros proyectos de ley para los partidos de representación mayoritaria en la Asamblea Legislativa y las series dificultades para lograr acuerdos básicos en la crisis por parte de las diferentes fuerzas sociales y políticas, provocaron que ambos proyectos se aprobaran a mediados de 1980 y finales de 1981 respectivamente, con una serie de artículos orientados fundamentalmente a eliminar el carácter bancario que había asumido la institución y a imponerle límites al crecimiento del gasto. Evidentemente lograron predominar las tesis que proponían una simplificación de sus funciones, y que no necesariamente correspondían a las propuestas neoliberales.

Más allá de lo que aconteció con tales proyectos, lo importante es destacar que el largo tiempo que se requirió para su aprobación, y que, evidentemente, respondía a la ausencia de un proyecto global que demarcara claramente el rumbo de nuestra sociedad, prácticamente acertó un duro golpe a las finanzas y limitó la capacidad de gestión del seguro social.

Esta situación, que obviamente se veía agravada por la crisis económica a la que hicimos referencia atrás, obligaba a la Caja a tomar medidas drásticas, no sólo en lo financiero sino también, y fundamentalmente, en lo referente a las prestaciones médicas. En suma, obligaba a una profunda reestructuración política que venía siendo propuesta por los médicos conservadores y los que se inscribían dentro de la propuesta neoliberal. Así pues, el periódico La Nación, medio de expresión de los sectores más conservadores de nuestra clase dominante y de tendencia antiestatista, venía impulsando desde el triunfo mismo de la Coalición Unidad, que llevó a la presidencia a Rodrigo Carazo, una reestructuración por medio de la privatización. Por otra parte, los neoliberales en el Gobierno, concentrados especialmente en el Banco Central y el Ministerio de Economía intentaban que se tomaran medidas radicales en la institución.

Esta presión, sin embargo, no fue tomada en cuenta por el presidente Ejecutivo de la C.C.S.S., y más bien se mantuvo sin realizar cambios importantes que pusieran en peligro la institución, lo que a fin de cuentas significó realizar una administración de la crisis, es decir, una gestión que si bien no llevó a ésta a su desmantelamiento, tampoco realizó ningún cambio sustancial que le otorgará una mayor racionalidad.

En este sentido valga señalar que cuando los desajustes financieros habían llegado a un punto en que se debían tomar decisiones políticas importantes y en el que recibían fuertes presiones del Fondo Monetario Internacional (FMI) para que se avanzara en una reestructuración de la institución y se elevaran las cuotas obrero-patronales. La presidencia ejecutiva de

la Caja con apoyo de la junta directiva y del consejo de gobierno, optó por incrementar la cuota del Estado, la cual desde el punto de vista económico era un sin sentido si se tomaba en consideración que el Estado había demostrado ya que no tenía voluntad para cancelar su aportación, y además, se encontraba en una profunda crisis fiscal que lo limitaba aún más para satisfacer las nuevas obligaciones. Desde un punto de vista político, representaba una medida que manifestaba el interés del Gobierno por mantener el Seguro Social y una oposición a las pretensiones de este organismo financiero internacional.²⁰

El intento de reestructuración conservadora del Seguro Social

En el terreno de la seguridad social, la crítica conservadora que provenía principalmente, de sectores médicos que compartían las ideas de libertad absoluta de mercado, (predominio de la medicina privada) y de empresarios y políticos en desacuerdo con el carácter bancario que había asumido la Caja Costarricense de Seguro Social, se dirigía en dos sentidos: por un lado, se señalaba la existencia de un desorden administrativo-financiero y de un alto grado de politización del seguro social. Por otro lado, se enjuiciaba la eficacia y eficiencia (administrativa y médica) del modelo de prestaciones médicas; campos que a su criterio se encontraban fuertemente asociados: un modelo asistencial-paternalista derivaba en una administración subóptima de los recursos (físicos y financieros).

En este sentido, el centro del "problema" del Seguro Social consistía en la filosofía que respaldaba este tipo de prestación de servicios. Por lo tanto, todos los esfuerzos deberían concentrarse en una revisión profunda de ésta. En esta direc-

ción, los argumentos que esgrimían eran los siguientes:

En consonancia con su posición anties-tatista que interpreta como intrínsecamente ineficiente toda actividad del Estado, planteaban que el modelo era ineficiente para atender la enfermedad en la medida en que se establecía una relación deshumanizada entre médico y enfermo. En este sentido, poniendo el acento en los problemas de racionalidad que tenía la institución, resaltaban el hecho de que en la relación médico-paciente lo importante era la enfermedad y lo secundario quien lo padecía.

También apuntaban que la existencia de la excesiva demanda de servicios en el área de la consulta externa se originaba en una concepción asistencialista que inducía a la población a realizar un uso indebido de los servicios de atención.²¹

Esta diagnosis de la crisis del modelo de prestaciones médicas era coincidente con la que mantenían otros sectores políticos y de médicos. En efecto, más allá de la homología que establece entre estatismo e ineficiencia, apunta un problema real: la existencia de una relación burocratizada entre médico y paciente, que finalmente deviene en una práctica profesional "despersonalizada".

No obstante, el punto de origen de este problema estructural que presentaba el Seguro Social no se localizaba para los conservadores en la concepción de la medicina curativa, sino en la estatalización de esta práctica profesional, la cual, prácticamente obligaba a todos los individuos, tanto médicos como pacientes, a depender de la actividad estatal. Para los profesionales en medicina representaba la ausencia de estímulos que los obligara a establecer una relación con el paciente más eficiente y por tanto más humana y para los pacientes significaba no poder elegir el médico de su preferencia.

De ahí que, a su juicio, la manera de superar este "vicio" estructural es cambiando el sistema:

"Darle al enfermo la oportunidad de escoger su médico y al médico saberse escogido".²²

La propuesta de reestructuración que

20. Véase CCSS, Sesión Junta Directiva No. 55527, San José, julio 1981.

21. Véase: Fernando Trejos Escalante. "Medicina y libertad". *La Nación* (C.R.), 10 de agosto, 1979, p. 15.

22. *Ibid.*

presentaron los médicos conservadores planteaba, en consecuencia, la implantación de un nuevo modelo de prestaciones médicas consistente en la libre elección médica y hospitalaria, la cual funcionaría de la manera siguiente: el asegurado podría elegir el médico de su preferencia, a su vez, la Caja establecería un listado de los médicos que desearan participar de este sistema, los cuales quedarían sujetos a los reglamentos elaborados por la Caja. Estos trabajarían en sus consultorios privados y comunicarían el monto de los honorarios devengados. "La Caja, de acuerdo con los estudios actuariales del caso, fijará periódicamente la suma que reconocerá en los gastos de asegurados que consultan particularmente. Sin embargo, esta suma deberá ser el mayor porcentaje posible para asegurar el ejercicio del derecho que en esta ley se crea".²³

Por otra parte, en lo referente a la hospitalización, la Caja debe reconocer el porcentaje que el reglamento determina, incluso por gastos post-operatorios. Las medicinas y servicios de laboratorio, radiografías, rehabilitación, prótesis, y anteojos, serían facilitados por la institución de acuerdo a un reglamento previamente elaborado.²⁴

Se puede visualizar claramente que lo que pretende esta propuesta de reestructuración de la Seguridad Social, "es encauzar al modelo de seguridad social ha-

cia una estrategia en la cual las relaciones que se establezcan entre el individuo y el Estado social, está mediada por una relación de intercambio, que impone o restaure la hegemonía del mercado. Es decir, restaura los mecanismos de competencia del mercado, como medio de resolver la contradicción entre el interés general, la Seguridad Social, y el interés particular, la salud del individuo.

En este caso, el acento está puesto en la satisfacción de los "intereses particulares". Los intereses generales, la salud de los trabajadores, se resuelven en el mercado, también como intereses particulares".²⁵

Es importante destacar que si bien en apariencia no representa un "desmantelamiento" de la seguridad social evidentemente, como señalan Vargas y Casas, "el establecimiento de la libre elección médica bajo el régimen de la Caja llevaría a un incremento considerable de los costos de atención médica sin producir una mejoría correspondiente del estado de la salud de la población".²⁶ Hecho que en lugar de superar los problemas financieros de la institución más bien los agudizaría, lo cual en corto plazo representaría, prácticamente, "la quiebra" del Seguro Social.²⁷

Esta propuesta, sin embargo, enfrentó una gran oposición en los diferentes sectores de profesionales en ciencias médicas, principalmente, en las altas esferas de la Caja, en especial por parte de su presidente ejecutivo.²⁸

Otros sectores, si bien concordaban con el análisis que realizaban los conservadores, no lo apoyaron, ya que creían necesaria una reflexión más detenida acerca del problema. Este es el caso de la Cámara de Industrias²⁹ y de muchos diputados de Liberación Nacional y de la Coalición Unidad.³⁰

Esto va a ser la razón fundamental por la cual los médicos conservadores no lograron que su proyecto de reestructuración del modelo de prestaciones médicas, fuera aceptado. Hecho que evidencia una ausencia total de consenso, con respecto a la problemática apuntada dentro de la clase dominante y otros sectores particu-

23. Véase: Miguel A. Chavarría. *Proyecto de Ley de Creación de la Libre Elección Médica en la CCSS*. [s.p.i.]. (Expediente No. 8365 Asamblea Legislativa).

24. *Ibid.*

25. Ludwig Güendell González. *Análisis del impacto del proceso de estabilización económica en la política social del Estado costarricense: El caso de la CCSS*, p. 120.

26. A. Casas Zamora y Hernán Vargas M. *Consideraciones sobre el Proyecto de Libre Elección Médica*. San José : Universidad de Costa Rica, 1979.

27. *Ibid.*

28. Véase: CCSS, Sesión No. 5504, San José, 2 de abril 1981.

29. Véase: Cámara de Industrias. *Carta de Industrias al Dr. Rafael A. Grullón R.; Comisión de Asuntos Sociales*. San José : Asamblea Legislativa, [s.f.].

30. Esto se ve reflejado en el hecho de que ninguno de los proyectos de libre elección médica y hospitalaria, pudieron superar la instancia de la Comisión de Asuntos Sociales.

larmente interesados, como los médicos y los dirigentes del Seguro Social.

No obstante lo anterior, se logró establecer en la Caja, a finales de la Administración Carazo, un programa de medicina mixta que incorporaba parcialmente la libre elección médica, pero que se encontraba muy lejos de lo que pretendían los médicos conservadores. Lo cual, sin embargo, manifestaba dos cosas: primero, que se había dado todo un proceso de negociaciones tanto dentro de la Caja como de la Coalición Unidad en el cual la tesis del Dr. Alvaro Fernández fue la que prevaleció. Esto se desprende de las siguientes declaraciones, realizadas al tenor de la discusión del proyecto de libre elección presentado por el Diputado Chavarría Méndez a la Asamblea Legislativa.

"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 (...) en discusión actualmente, es sumamente amplio. La ley en contra del reglamento, en cambio, puede ser fácilmente adaptado a las necesidades".³¹

Segundo, que a pesar del relativo fracaso de la iniciativa conservadora, expresa la importante influencia que estos sectores mantenían dentro del Estado en este período. Así como, constituyó una satisfacción parcial de sus exigencias, lo cual allanaba el camino para impulsar la privatización de la seguridad social.

3. El Seguro Social y la estabilización económica

Macrocontexto

El fracaso de las políticas económicas de corte neoliberal y en general, la dete-

riorada situación económica que se presentó durante la administración de la Coalición Unidad, llevó a que el Partido Liberación Nacional retomara el poder a partir de 1982, primero con la Administración Monge Álvarez y posteriormente en las elecciones de 1986 con la Administración Oscar Arias.

Esto permitió que se fortaleciera la posición que tenían en el seno del Estado los sectores productivos³² muy especialmente, los vinculados con las empresas transnacionales. En este sentido, el énfasis de los programas económicos va a estar puesto en el logro de una estabilización y reactivación económica orientada a reorganizar el Estado y el aparato productivo, con la finalidad de aumentar la producción.

a) La estabilización económica

La estabilización económica fue planteada como una primera etapa de superación de la crisis en la cual era prioritario reestablecer las relaciones con los acreedores del país, las que habían llegado al más bajo nivel después de la suspensión del servicio de la deuda en 1981 y principalmente, del rompimiento con el Fondo Monetario Internacional, Organismo que funciona como una especie de auditoría de la "comunidad financiera internacional", que le garantiza la capacidad de pago de los países deudores.³³

De ahí que uno de los propósitos fundamentales era alcanzar un acuerdo con éste, si el país no quería verse aislado de la banca internacional. Hecho que, a la vez, permitiría normalizar el flujo de capitales externos hacia nuestra economía, lo cual era considerado como una condición indispensable para la reactivación.

Las medidas económicas que en el marco de esta política se llevaron a cabo fueron: el control del mercado cambiario por parte del Banco Central, una política crediticia y salarial restrictiva, la disminución del déficit fiscal mediante la racionalización del gasto y la generación de ingresos. Finalmente, se puso en marcha un programa de salvamento de empresas y

31. Supra, cita No. 28.

32. Rivera, Eugenio. *Loc. cit.*

33. Roberto Frenkel y Guillermo O'Donnell. "Los programas de estabilización convenidos con el FMI y sus impactos internos". CEDES. 1(1):6, 1981.

de compensación social mediante la generación de empleo.

Si bien el programa de ajuste fue severo,³⁴ tuvo efectos positivos ya que se disminuyó sustancialmente la inflación, se elevó el empleo y mejoraron los salarios, sin que llegaran al poder adquisitivo que tenían a finales de los setentas. Esto logró una relativa estabilidad de la economía y, principalmente, revistió de una gran legitimidad al nuevo gobierno que mejoró los mecanismos de integración social del Estado costarricense. De modo que, a diferencia de lo ocurrido en otros países, la estabilización económica consolidó el sistema político.

Con lo cual se quiere decir que, en último término, la presión ejercida por los sectores populares logró reencauzarse por medio de mecanismos institucionales, que mantuvieron incólume la hegemonía de la clase dominante.

Un factor que fue determinante, no sólo para alcanzar la estabilidad económica sino fundamentalmente para mantener la cohesión social, fue sin la menor duda, la considerable ayuda externa, sobre todo la proveniente principalmente de los Estados Unidos de Norteamérica.³⁵

b) La reactivación económica

Con respecto a la reactivación económica se ha impulsado un programa de estímulo a las exportaciones, sobre todo de productos no tradicionales. Sin embargo, en torno a esta estrategia de reestructuración económica persisten diferencias dentro del partido en el gobierno. Se vislumbran pues dos posiciones: una postula la

reorientación radical de la economía hacia el sector externo y la otra propone llevar a cabo ésta de manera gradual.

La primera, "plantea que debe impulsarse una profunda reorganización del Estado, en función de la creación de las condiciones infraestructurales necesarias para realizar la transformación del aparato productivo, que exige la nueva vinculación con el mercado mundial. Dicha reorganización va en el sentido de dismantelar las políticas estatales que hasta ahora se han destinado a subvencionar la industria sustitutiva de importaciones y a complementar el salario directo, de manera que el gasto estatal, en particular el gasto social, pueda ser reasignado a las nuevas actividades prioritarias, esto es, a las actividades de exportación. Es decir, se plantea una reducción o simplificación del Estado.

Lógicamente, esto significa que la política social o Estado de bienestar también se verá reducido al máximo".³⁶

La segunda, si bien reconoce la indispensabilidad de realizar una reconstitución del modelo de desarrollo económico aplicado en los últimos treinta años propone cambios graduales, que permitan al sector industrial protegido adecuarse a las nuevas exigencias.

El Ministro de Planificación durante la segunda mitad del gobierno de Luis A. Monge, el economista Juan Manuel Villasuso, representante de esta posición argumentaba lo siguiente:

"No cabe duda que la estrategia de desarrollo que siguió Costa Rica en las últimas décadas y que permitió elevar considerablemente el nivel de vida de la población (talvez más de lo posible) ya no resulta viable. Sin embargo, pensar que de un plumazo y de manera instantánea se puede desmontar la estructura productiva, que ha estado orientada hacia el consumo interno y canalizarlo hacia nuevos mercados internacionales parece ser algo utópico".³⁷

Evidentemente, se plantea una mayor inserción de nuestra economía en el mercado mundial. "Sin embargo, no se trata de fomentar cualquier tipo de vinculación,

34. Véase además: Hennio Rodríguez. "Costa Rica: Inflación y crecimiento ante la crisis de deuda externa". *Pensamiento Iberoamericano*. (2):179-181, Jun., 1986.

35. Véase además: Jorge Rovira y Juan D. Trejos. "El curso de la crisis en Costa Rica y las opciones de política económica en el segundo lustro de los años ochentas". *Ciencias Económicas*. 5(2):10-11, 1985.

36. Ludwig Güendell González. *Análisis del impacto del proceso de estabilización económica en la política social del Estado costarricense: El Caso de la CCSS*, p. 168.

37. Juan Manuel Villasuso. "El Plan del Banco Mundial". *La Nación* (C.R.), 15 de agosto, 1983.

de propiciar cualquier manera de reacomodarse dentro del nuevo orden internacional, también este en proceso de conformación, que surja del largo período de bajo crecimiento iniciado por la economía mundial desde comienzos de la década pasada; de lo que se trataría más bien es de fomentar una rearticulación de la sociedad costarricense con el plano económico externo no dejada al azar o a alguna suerte de condición natural, vocación externa o destino económico del país que lo obligara a especializarse en la producción, de cierta clase de mercancías, persiguiéndose más bien el propiciar la escogencia, dentro, no obstante, de un número limitado de opciones de producción posibles, de aquellas más acordes con la evolución histórica de Costa Rica".³⁸

A diferencia de la anterior, mantiene transitivamente, el papel estratégico del mercado local, y le reotorga al Estado una destacada participación en la reasignación de los recursos, lo cual no significa que el

Estado continúe creciendo como lo hizo en el pasado, sino más bien, implica alcanzar un "crecimiento racional", vale decir, ajustado al nivel de la producción.

Esto último se propone alcanzarlo mediante la aplicación de una política de racionalización del gasto público, que tiene como objetivo hacer más eficiente el uso de los recursos humanos y monetarios, así como elevar la productividad del trabajo del empleado público.

Desde el punto de vista político, lo anterior significa que se da una importante valoración a los mecanismos institucionales de integración social dentro del proceso de reestructuración económica. De ahí que no se proponga el desmantelamiento del Estado social sino una refuncionalización.³⁹ "En este sentido, la propuesta que plantea el impulso de políticas de racionalización o políticas administrativas dirigidas a establecer mecanismos de control del gasto estatal, se encuentra acompañada de estrategias orientadas, a que el Estado cumpla con las exigencias que le plantea el sistema económico, al mínimo costo. Algunas de éstas se dirigen a incorporar la provisión pública por la compra de servicios al sector privado, así como a "privatizar" parte de la política estatal, ya sea haciendo partícipes a "la comunidad", o incluso, estableciendo otras formas de "privatización", como podría ser, la venta de empresas o servicios del Estado a cooperativas o empresas conformadas por los mismos trabajadores del Estado".⁴⁰

Si bien durante el gobierno de Monge Álvarez los esfuerzos de reactivación económica se vieron subordinados a la estabilización, en general podría afirmarse que la tesis gradualista es la que logró predominar, principalmente, a partir de la incorporación de Juan Manuel Villasuso, como Ministro de Planificación Económica, quien realizó una fuerte defensa de las políticas orientadas a reactivar la demanda interna. Lo cual no quiere decir que la primera,⁴¹ se encontró ausente de las políticas económicas. Por el contrario, los convenios con el Fondo Monetario Internacional (FMI), la Agencia Internacional de Desarrollo (AID) y el Banco Mundial, y la

38. Jorge Rovira y Juan D. Trejós. *Op. cit.*, p. 16.

39. Ludwig Güendell y Roy Rivera. *Op. cit.*

40. Ludwig Güendell González. *Análisis del impacto del proceso de estabilización económica en la política social del Estado costarricense: El Caso de la CCSS*, p. 172.

41. Rivera y Sojo caracterizan de la siguiente manera la "Administración Monge Álvarez: "La estrategia de Monge vincula orientaciones heredadas del pasado, privadas de propuestas claras de reforma estructural, con modificaciones fundamentales de corte 'ofertista' que en una nueva correlación de fuerzas profundizan ajustes iniciados en la década del setenta y alteran la hegemonía dentro del bloque en el poder. La tensión entre ambos polos es aún irresuelta y el grado de compromiso que se logre a mediano y largo plazo determinará si es viable una solución híbrida con hegemonía del ofertismo, o si se va a imponer una tratocación de los intereses burgueses representados por el Estado costarricense, con consecuencias también para los grupos externos al bloque en el poder. En caso de una eventual implantación plena del 'ofertismo', se pueden vislumbrar conflictos debido a la imposibilidad de ciertos sectores del capital para reorientar sus inversiones y a las eventuales contracciones de los salarios reales y del gasto social con sus efectos sobre el nivel de vida de los sectores populares". Véase: Ana Sojo. "El Perfil de la política económica de Centroamérica: La Década de los ochenta". En: Rivera, Eugenio y otros. *Centroamérica: Política económica y crisis*. 1 ed. San José: DEI, 1986.

influencia que han venido ganando los neoliberales dentro de los órganos corporativos del sector empresarial, el P.L.N. y, en general en el aparato gubernamental, se han materializado en políticas como la venta de las empresas de CODESA, la ley de la moneda, que dió pie para que rápidamente se desarrollara una banca privada ávida de retomar la hegemonía dentro del sector financiero y el fortalecimiento de la caja única del gobierno, que reedita la posibilidad de reducir el gasto social.

Esto ha quedado todavía de manifiesto con el peso que este sector ha venido alcanzando dentro de la política económica en los dos primeros años de gobierno de Oscar Arias.⁴²

La estabilización financiera en la Caja Costarricense del Seguro Social: una perspectiva racionalizadora

El nuevo contexto económico y político en el que se va a desenvolver el Seguro Social durante la administración liberacionista redefine la problemática en la que se había visto envuelta durante el gobierno Carazo, ya que si bien los puntos más importantes de la agenda van a continuar siendo las dificultades financieras y el modelo de prestaciones médicas, esta discusión ya no se enmarcará en la confrontación entre los conservadores, los cuales realizaban una crítica frontal a la seguridad social y los estatistas, quienes la defendían sin ninguna reserva. La situación que se presentaba al inicio de la administración Carazo se modificaría notoriamente. En lo financiero, los desajustes se transformaron en una profunda crisis financiera que prácticamente, obligaba a la institución a realizar cambios drásticos en su ordenamiento administrativo y en la reasignación de los recursos. En efecto, en 1981 el déficit había ascendido a \$286 millones de colones, en lo que representa un 35% de

los ingresos y un 29.5% de los egresos. Si bien las medidas racionalizadoras y los efectos de la crisis económica impulsadas en este gobierno desembocaron en una caída significativa de los egresos, también se presentó una drástica disminución de los ingresos. Además, la deuda estatal sumaba mil trescientos millones de colones en términos corrientes, y la deuda externa se contabilizaba en 20 millones de dólares.

Aun cuando se pueda argumentar que durante este gobierno, a pesar de los embates de los conservadores, se mantuvo el Seguro Social, también se podrá afirmar convincentemente, que la profundización de la crisis creó las condiciones para obligar a una profunda reestructuración del Seguro Social, la cual se planteará en términos de una difícil encrucijada: el desmantelamiento o la reconstitución.

Es decir, la crisis restringiría significativamente el campo de acción de quienes plantearon una estrategia de defensa de la orientación tradicional del Seguro Social.

El desmantelamiento, después del fracaso del ensayo neoliberal y de la derrota de la tentativa de los médicos conservadores por implantar la libre elección médica hospitalaria en el anterior gobierno, aún cuando era factible, perdió total viabilidad política durante la nueva administración. Este hecho obligó a la Nación, diario conservador que tras un discurso pretendidamente legítimo planteaba una reestructuración por medio de la privatización, a transigir y aceptar la tesis de una reorganización del Seguro Social orientada a elevar su capacidad administrativa, no sin antes proponer varias medidas que consideraba eran de indispensable realización, entre ellas: transformar el régimen de contribuciones tripartitas en un sistema basado en impuestos, la división y especialización de funciones: la administración, que es más de carácter financiero que médico, y los dos regímenes básicos: invalidez, vejez y muerte y enfermedad y maternidad y finalmente desarrollar una política de estímulo a formas de prestación de servicios que aumenten las posibilidades de selección y libertad de profesionales médicos y pacientes.⁴³

42. *Ibid.*

43. "La seguridad social cuestionada II". *La Nación* (C.R.), 10 de julio, 1982.

Por otra parte, el relativo predominio que han mantenido en el aparato de bienestar los sectores políticos y económicos que apoyan la tesis gradualista y las características particulares de la política social, sobre todo los nexos tan estrechos entre el P.L.N. y los sectores populares, que tienen su cristalización en alguna influencia de estos últimos en las políticas estatales, fueron factores que han favorecido el impulso de políticas orientadas a reconstruir el Seguro Social más que a destruirlo.⁴⁴

Esto significa que se otorga un reconocimiento a la importancia de esta institución en la construcción del orden social, pero que también aceptan la necesidad de llevar a cabo modificaciones sustanciales, tanto de orden financiero-administrativo como directamente en el campo de la producción de la salud.

En efecto, el Dr. Guido Miranda, quien ha sido el Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social durante estos seis años, al comienzo de su gestión, planteaba lo siguiente:

"Este sistema, diseñado para cubrir determinados aspectos en el desarrollo y evolución de las comunidades, se ha disfrazado de la realidad nacional y ha hecho aparecer una verdadera crisis en su funcionamiento, hasta el punto de obligar a una revisión profunda de sus características estructurales o funcionales y quizás hasta de su concepción político-social. Que el desarrollo de comunidades supere sus propias instituciones, no es un fenómeno nuevo."

Efectivamente, se arguía que el modelo de seguridad social predominante en el país en los últimos treinta años, había llegado ya a su límite. Es decir, según esta "postura" el modelo de Estado que se había venido desarrollando desde los años cincuentas y que había dado a luz al actual modelo de seguridad social, estaba dando claras señales de agotamiento, expre-

sadas en el desajuste entre gastos e ingresos y en su poca capacidad para satisfacer las crecientes expectativas de la población. Mantener los niveles de inversión en salud en estas condiciones llevaría inevitablemente a la destrucción de la seguridad social en el país; primero, por cuanto el Estado no se encontraba en capacidad de cubrir el déficit creciente de la institución; segundo, porque el tipo de medicina que se había desarrollado análogamente a este modelo era sumamente oneroso; y tercero, porque constituía una fuerte presión inflacionaria, que a la manera de un "bumerán" vendría finalmente a deteriorar la situación financiera de la institución. De ahí que, antes de acabar con la seguridad social manteniendo este modelo deficitario, la mejor alternativa que se presentaba era reestructurarla, vale decir, adecuarla a las nuevas condiciones en las que se encontraba la economía del país, impulsando una política de racionalización del gasto e incluso modificando la prestación de los servicios.

En este último sentido el Dr. Miranda es claro al señalar:

"Sin embargo, esta inversión en salud tiene un límite, que lo hace estable el balance de las comunidades. En el ámbito de la salud, nuestro país ha llegado a los límites de su capacidad de inversión, por lo que seguir extendiendo beneficios debe hacerse fundamentalmente sobre la base de aumentar la eficiencia o la racionalización del gasto".⁴⁵

a) *El programa de estabilización financiera*

Desde comienzos de la Administración Monge Alvarez, se introdujo en la Caja Costarricense de Seguro Social, un programa de estabilización financiera, que se enmarcaba en un proceso de estabilización económica. Su propósito era reducir los gastos de operación, incrementar los ingresos y reiniciar el pago del servicio de la deuda externa de la institución.

Este se diseñó en tres etapas con la intención de no provocar reacciones negativas en los asegurados.

44. Véase: Guido Miranda. "La Caja y su situación". *La Nación* (C.R.), 20 de junio, 1982.

45. *Ibid.*

La primera fue un período de "persuasión" de la necesidad de efectuar una drástica racionalización de los servicios médicos. Un aspecto que contribuyó a este propósito fue la huelga de médicos que se produjo en 1982, la cual a pesar de su larga duración no se tradujo en un aumento de la mortalidad.⁴⁶ Esto permitió argumentar que tal hecho implicaba la existencia de un uso indebido de los servicios médicos y fundamentalmente, de una población relativamente sana.⁴⁷

En la segunda, se aplicó una política de contención del gasto que comprendía las siguientes medidas:

1. Reducción del gasto por concepto de compras de medicamentos.
2. Disminución de los gastos de operación en materia laboral, vía el congelamiento de plazas y la racionalización en el pago de las horas extras. También se eliminaron una serie de beneficios que tenían los empleados, entre ellos destacan:
 - a) Eliminación del derecho de no pagar la cuota obrera.
 - b) Suspensión de la política de compensación parcial de vacaciones.
 - c) Eliminación de becas cuyo disfrute implicara erogaciones de divisas.
 - d) Obligación de pagar, por los cuatro primeros días de incapacidad.
3. Restricción en lo referente a la reparación y compra de equipo y utensilios médicos.

46. Una crónica de este movimiento y de su significado puede localizarse en: "Huelga médica un termómetro político". *La Nación* (C.R.), 13 de junio de 1982.

47. Al respecto el Dr. Trejos Escalante señala lo siguiente: "Las condiciones que puedan derivarse de la huelga médica son varios, pero hay una importantísima: los servicios médicos se interrumpieron por más de un mes, excluidas las emergencias y no se produjo el caos que era de esperar" "pensamos que...". En: *La Nación* (C.R.), 20 de junio, 1983.

En la tercera etapa, siguiendo una condición del Fondo Monetario Internacional se impulsó una política conducente a incrementar los ingresos de la institución mediante las siguientes medidas:

1. El aumento de un 4% de la cuota obrera patronal distribuida como sigue: 1.5% la cuota de los trabajadores y 2.5% la cuota patronal.
2. El aumento y redistribución del porcentaje de cotización de los trabajadores independientes.
3. El mejoramiento de los mecanismos legales y administrativos de recaudación de los ingresos.
4. La disminución en un 2.6% de la cuota correspondiente al Estado como tal.

También hacia finales de 1983, se aprobó en la Asamblea Legislativa una modificación a la ley constitutiva de la C.C.S.S. Esta abarcaba los siguientes aspectos:

En primer lugar, se le otorgó representación a los patronos y trabajadores en la junta directiva. En segundo lugar, se le otorgó a la institución la potestad para importar, fabricar, comprar, vender y exportar directamente medicamentos, y en tercer lugar, se acordó otorgarle autonomía a la gestión administrativa y financiera con respecto a lo propiamente médico.

La aplicación de este plan supuso todo un complejo proceso de negociación entre la presidencia ejecutiva y los diferentes sectores involucrados. Así pues, la segunda etapa presentó como principal obstáculo la férrea oposición de los sindicatos de trabajadores principalmente en lo referente a la eliminación de sus beneficios, sin embargo la debilidad de estos últimos y la hábil estrategia divisionista, de la presidencia ejecutiva, finalmente obligó a los trabajadores a "aceptar" la pérdida de sus derechos laborales. La tercera, planteó una interesante negociación con el sector patronal, el cual aceptó el incremento de la carga social, siempre y cuando se le otorgara participación en la

toma de decisiones, lo que se obtuvo gracias a la modificación de la ley constitutiva.⁴⁸ Igualmente sucedió con el sector de trabajadores, quienes probablemente hayan realizado una negociación en términos análogos, especialmente los sindicatos cuya dirigencia es liberacionista y los cooperativistas y solidaristas de reconocida vocación conciliadora.

También se suscitó un interesante conflicto entre la Caja y las compañías farmacéuticas como resultado de la incorporación de la Caja como productor y comercializador de medicamentos. La oposición de los empresarios fue tan férrea, especialmente la de la Compañía Raven, que la institución tuvo que "pactar" su entrada al mercado farmacéutico.⁴⁹

El impacto financiero

La política de estabilización consiguió, en efecto, disminuir el déficit que presentaban las finanzas del Seguro Social. En 1982, todavía la institución mostraba un faltante en el Régimen de Enfermedad y Maternidad de 58 millones de colones. Sin embargo, ello representó una disminución con respecto al año anterior de 87

millones de colones, es decir, en términos porcentuales, de 149%.

Para 1983 se superó totalmente esta relación deficitaria e incluso, se presentó un superávit de 100 millones de colones, el cual hace disminuir significativamente el déficit acumulado. Esta tendencia se va a mantener los siguientes años.⁵⁰

Este notable mejoramiento en las finanzas del Régimen de Enfermedad y Maternidad, se dio fundamentalmente gracias a un significativo incremento en los ingresos, los cuales después de sufrir una contracción del 90% en 1981, en virtud de la fuerte devaluación monetaria, se elevaron en un 52.8% en el año 1983, a causa, principalmente del aumento en la cuota obrero-patronal. Los gastos, por otra parte, mantuvieron la línea descendente que se venía dando desde 1980, llegando a su punto más bajo en 1982, año en el cual se comenzaron a aplicar las austeras medidas de estabilización. En los siguientes años para el caso de los dos Regímenes comienza a darse una línea ascendente que coincide con el comportamiento del gasto del sector público en general. Evidentemente, esto tiene su explicación en la reacción de distintos grupos sociales frente a la política de estabilización, que obligó a la dirigencia de la Caja a redefinir algunas de las medidas de contención del gasto que estaba impulsando. No obstante, también obedece al pago del servicio de la deuda externa, que en 1982 ascendía a \$20 millones de dólares y al incremento del rubro: servicios personales, como consecuencia del pago de prestaciones legales a los trabajadores, los cuales hasta 1984 sumaban 1027 personas que se habían acogido al plan y al aumento salarial.

Si bien este reajuste ocurrido en las finanzas del Seguro Social, tanto por la vía del gasto como de los ingresos, significó ahuyentar momentáneamente el fantasma de la crisis, no representa en modo alguno la superación de las principales causas que le dieron origen. Por el contrario, la deuda del Estado se mantiene, y aún cuando se disminuyó su cuota correspondiente al Estado, ha venido en los últimos años acrecentándose.⁵¹ Por otro lado,

48. Es bastante elocuente, en este sentido, don Armando Guardia, Presidente de la Unión de Cámaras, cuando señalaba, recordando un viejo adagio popular que: "el que paga la música manda en la fiesta". En: *La Nación* (C.R.), 7 de mayo, 1982.

49. La Compañía Raven, llevó a cabo una agresiva campaña dirigida hacia las casas extranjeras que representaba, para cobrar intereses de mora de la Caja, como forma de presión conducente a que esta Institución desistiera de su interés en producir y comercializar medicamentos. Véase: Guido Miranda. "Caja Costarricense de Seguro Social defiende patrimonio de los asegurados". *La Nación* (C.R.), 23 de junio, 1983. "Empresa cobra intereses de deuda moratoria de la CCSS". *La Nación* (C.R.), 2 de julio, 1983.

50. Según declaraciones del Dr. Guido Miranda en 1985 el superávit presupuestario de la Caja ascenderá a 400 millones de colones. Véase: "CCSS terminará 1985 con superávit de 400 millones". *La Nación* (C.R.), 26 de diciembre, 1985, p. 8A.

51. El Lic. Jorge Arturo Hernández Gerente de la División Financiera declaró que hasta el año 1986, el Estado le adeuda a la Caja la suma de 4.100 millones. Véase: *La Nación* (C.R.), 4 de julio, 1986, p. 8 A.

persiste el alto costo de sus prestaciones médicas como resultado del predominio de la medicina curativa sobre la medicina preventiva y de atención básica de la salud.⁵²

El impacto en la entrega de los servicios

Si bien la política financiera que han estado llevando a cabo los gobiernos liberales en la Caja Costarricense de Seguro Social, como parte de las políticas de estabilización económica, han logrado alcanzar un relativo equilibrio en la relación Ingresos-Egresos, esto se ha conseguido sacrificando la calidad de los servicios.

Este deterioro se refleja claramente en las diferentes áreas de las prestaciones médicas. En primer lugar, ha ocurrido una disminución significativa del personal médico y paramédico, resultado de la política de pago de las prestaciones legales. Esta reducción ha afectado sobre todo al área hospitalaria, particularmente al personal encargado del equipo médico. En segundo lugar, esta política suspendió la compra de equipo médico y congeló la reparación del que venía operando. En tercer lugar, se redujo el cuadro básico de 900 a 550 medicamentos.

El impacto de esta última medida lo deja entrever el subgerente médico, Dr. Mekbel:

"En lo que se refiere a disminución de los rubros de medicinas, lo que ha ocurrido es que se ha producido un gran ahorro debido a la contención del gasto que se ha impuesto la institución, por lo que los gastos en 1983 respecto a 1982 han sufrido un pequeño descenso. También por las restricciones que se introdujeron en el cuadro básico y además por la reducción de las com-

pras de medicamentos en farmacias particulares al extremo de que en el primer trimestre del año pasado se gastaron 20 millones de colones en este renglón y en el primero de 1983 solo quinientos mil colones..."⁵³

Este efecto negativo que tuvo la política de estabilización sobre las prestaciones médicas, también se refleja en la reacción que se presentó entre los asegurados y, principalmente, entre los empleados de la institución. En efecto, estas medidas generaron en diferentes zonas del país una fuerte oposición de los asegurados que provocó modificaciones en la política que venía desarrollando el Seguro Social. La más sistemática y efectiva provino del cuerpo médico, el cual por medio de sus órganos corporativos ha desarrollado una campaña de denuncia de los efectos de dicha política en los servicios que presta el Seguro Social. El Colegio de Médicos y Cirujanos fue el primero que hizo públicas las serias deficiencias que se estaban presentando en las clínicas y hospitales:

1. Falta de medicamentos básicos y esenciales para tratamientos intrahospitalarios, de consulta externa de hospitales y de clínicas periféricas.
2. Falta de medicamentos básicos para anestesia general en los hospitales.
3. Envío incompleto, por parte del almacén central, de los pedidos, por lo que se agotan algunos medicamentos aproximadamente dos semanas antes del próximo pedido.
4. Escasez de medicamentos que se agudiza cada vez más. Existen medicamentos agotados, los cuales ni siquiera se pueden substituir, ya sea porque el o los sustitutos están agotados, porque el medicamento no tiene sustituto por ser específico. La farmacia, por normas establecidas, no puede hacer compras directas, o enviar las recetas a farmacias particulares.
5. Limitación de ciertos medicamentos a especialidades, con lo cual se frustra la

52. Carmelo Meza Lago. *El desarrollo de la seguridad social en América Latina*. [s.l.] : Naciones Unidas, 1985. Estudios e Informes de la CEPAL, Núm. 3, p. 61.

53. CCSS, Sesión de Junta Directiva, No. 5758, 29 de setiembre 1983.

atención médica y se sobrecarga a las consultas de especialidades. Esto ocasiona un retraso innecesario en el tratamiento que necesita el paciente y provoca un mayor gasto para la institución.

6. Limitación de número de medicamentos, a tres por paciente. En muchos casos no se despacha el número de cada medicina que el médico ha prescrito, y el médico no se entera de esto.
7. Uso de medicamentos vencidos y cuya efectividad no puede asegurarse.
8. Falta de ciertos fármacos en algunos hospitales y clínicas, lo que obliga al traslado geográfico del paciente o del vehículo para ir a traer dicho medicamento. Esto aumenta el costo y produce pérdida de tiempo.
9. Existe el caso particular del "hospital Chacón Paut" donde no hay ni siquiera farmacia y mucho menos personal adecuado para el despacho de las recetas diarias, las cuales son llevadas hasta el Hospital Psiquiátrico.⁵⁴

Posteriormente fueron los colegios de dentistas, enfermeras⁵⁵ y la Unión Médica Nacional, los que se quejaron. Esta última organización realizó la siguiente declaración:

"Impugnamos mal entendidas políticas de ahorro aplicadas a equipo y materiales básicos o a plazas indispensables, lo cual ha devenido en un lamentable y peligrosos deterioro en el servicio que se presta a los asegurados".⁵⁶

Por otra parte, se presentaron también movimientos de asegurados que exigían

una mayor calidad en el servicio. Estos se llevaron a cabo en el hospital Tony Facio, de la provincia de Limón⁵⁷ y el Hospital de Liberia,⁵⁸ de la provincia de Guanacaste. En ambos se dio una interesante confluencia de intereses entre las comunidades y los empleados, que se materializó en fuertes reclamos hacia la institución aseguradora, obligando a las altas autoridades a mejorar las condiciones en las que se desenvolvían dichos entes de salud.

Asimismo, en las comunidades⁵⁹ cercanas a la Maternidad Carit, centro que da principalmente servicios de obstetricia, y en los barrios localizados en el sur de San José, se organizó un frente de lucha que impidió el cierre de dicho centro hospitalario, el cual había sido declarado por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Consecuentemente, esta presión obligó al gobierno a redefinir las medidas estabilizadoras, lo cual se ve representado en una nueva tendencia a aumentar el gasto de la institución en los últimos años. Merece destacarse en este sentido, el hecho de que en el caso de la Caja Costarricense de Seguro Social la política de congelación de plazas que venía impulsando el gobierno y que adquiere su materialización en la ley de equilibrio financiero, tiene que ser modificada por la Asamblea Legislativa, gracias a la fuerte impugnación antes descrita.

También, un importante factor que ha obligado a esta institución a revisar su política, ha sido el deterioro que se ha presentado en la salud de la población como resultado de los efectos de la crisis y de las políticas de estabilización económica.

La estabilización financiera y el modelo de prestaciones médicas

En lo conducente al modelo de prestación de servicios, si bien se han realizado esfuerzos para revisarlo, no se ha presentado ningún cambio sustantivo.

Desde comienzos de la administración Monge se organizó en la Asamblea Legis-

54. Véase: Costa Rica. Colegio de Médicos y Cirujanos de. *Colegio de Médicos y Cirujanos a la opinión pública*. [San José]: El Colegio, 1984, p. 6.

55. *La Nación* (C.R.), 27 de abril de 1985, p. 6 A.

56. *La Nación* (C.R.), 19 de octubre, 1986, p. 25 A.

57. Véase: CCSS, Sesión de 22 de setiembre, Acta No. 5755.

58. *La Nación* (C.R.), 14 de enero, 1985, p. 2 A.

59. *La Nación* (C.R.), 17 de setiembre, 1983.

lativa una comisión de estudio del Seguro Social que discutió diferentes propuestas de reestructuración. Asimismo, dentro de la Caja se conformó un grupo de análisis con idénticas intenciones. Las propuestas de reestructuración que han tenido un mayor impacto en las altas esferas de la institución, han sido las que plantean el modelo de capitación, también llamado modelo inglés y la cooperativización de la administración del servicio de clínicas y hospitales. La primera, aun cuando constituye una modificación importante en la prestación de los servicios, no representa ningún desplazamiento de la institución hacia una posible privatización. Al menos dentro de lo que ha sido su aplicación original; en Inglaterra ésta ha supuesto el desarrollo de la medicina preventiva y sus resultados han sido altamente favorables.

No obstante, tenemos que recordar que esto ocurre en un país en el que funciona un sistema único de salud.

Dicha opción logró materializarse, después de mucho tiempo de discusión y entabamientos burocráticos, en un proyecto piloto en Barba de Heredia iniciado en enero de 1986.

La segunda, que se había venido proponiendo desde tres años atrás y que se quiso llevar a la práctica en la clínica Solón Nuñez y el Hospital de San Carlos, ensayo que, sin embargo, fracasó en virtud de la oposición de los sindicatos y de la falta de apoyo que hubo en el último momento de parte de la presidencia ejecutiva es, quizás, la que ha recibido una mayor oposición de los empleados de la institución. También es la que ha provocado un mayor temor dentro de los sectores populares, ya que a su juicio representaría un primer paso hacia la privatización del Seguro Social. Si bien aun no se ha experimentado con ella, pareciera que en los últimos años ha ganado importante apoyo dentro de los sectores gubernamentales que están impulsando una refuncionalización del estado de bienestar.

Esta propuesta, a mi juicio, no responde a un planteamiento orientado a desmantelar la política social. En esencia propone un desplazamiento de la adminis-

tración del servicio de un ente estatal (la Caja) a uno privado (la cooperativa), el cual por su carácter se mantiene dentro del ámbito de lo público. El servicio en cuanto tal no es afectado, es decir, se mantiene, sólo que ahora provisto por un órgano no estatal. Quienes si resultan afectados con esta nueva forma de provisión de los servicios son los intereses de los empleados del Seguro Social.

Desde un punto de vista positivo se podría argumentar que significa alcanzar una real participación en el proceso de toma de decisiones, con lo cual se superaría la separación de la que hablaba Max Weber entre los medios de administración y el funcionario público

Desde otra perspectiva esta propuesta podría interpretarse como parte de un proceso de racionalización de la política, que al constreñir el ámbito estatal con el desplazamiento de la administración de los servicios, hoy una cooperativa y mañana cualquier empresa privada, reduciría el campo de intervención de los sectores populares en las decisiones que competen a su bienestar, lo cual deviene en una disminución de la democracia. Además, como consecuencia de esto último, se favorecerían las posiciones que propenden hacia el desmantelamiento de la política social.

Estas propuestas dejan entrever una posible tendencia a la reconstitución del modelo de medicina, orientada a otorgar un mayor énfasis a los métodos que privilegian la atención primaria, sin que signifique una pérdida de importancia de la medicina curativa. Esto con el claro propósito de disminuir el costo de atención y, de esta manera, mantener la funcionalidad, que en esta área, ha desarrollado el Estado Costarricense. Desde luego, dicha tendencia se verá neutralizada o fortalecida por distintos factores, entre ellos el más importante vendría a ser el modo como se resuelva al nivel general la tensión política que ha marcado estos últimos años, y que se concreta en la reafirmación o cuestionamiento del papel que ha jugado el Estado en el desarrollo económico, político y social.