

# La problemática de la Caja Costarricense de Seguro Social desde la óptica de los determinantes de la salud

(Problems affecting the Costa Rican Social Security System  
from the perspective of the determinants of health)

María L. Ávila-Agüero

### Resumen

La problemática que rodea a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), va más allá de dificultades financieras: abarca un grave problema de gestión y entramamiento burocrático que ha hecho de la institución, una estructura sumamente rígida, incapaz de satisfacer las necesidades y las demandas de la población con la agilidad requerida. La CCSS es quizá la “empresa” más grande de Centroamérica, con cerca de 55000 empleados, de los cuales un 10% son profesionales médicos. Es la institución que sostiene sobre sus hombros parte de la seguridad social de la que hoy se goza. Sin embargo, su funcionamiento y por ende su problemática, no debe analizarse de manera desvinculada del concepto de la producción social de la salud, ya que esta es un producto social.

**Descriptor:** Salud pública, Servicios de Salud, Determinantes de la salud.

### Abstract

The problems affecting the Costa Rican Social Security System (CCSS) lie beyond financial difficulties, as they also include a serious management deficiency and bureaucratic gridlock that has turned the institution into an extremely rigid structure, unable to meet the needs and demands of the population with the promptness required. The CCSS is probably the largest “firm” in Central America; it employs approximately 55,000 people, of which 10% are medical professionals. It is the institution that sustains part of the social security which Costa Ricans enjoy today. However, its operation and thus its problems should be analysed linked to the concept of social production of health, as this is a social product.

**Keywords:** Public health, Health services, Health determinants.

**Fecha recibido:** 24 de abril de 2013

**Fecha aceptado:** 09 de mayo de 2013

La problemática que rodea a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), va más allá de dificultades financieras: abarca un grave problema de gestión y entramamiento burocrático que ha hecho de la institución, una estructura sumamente rígida, incapaz de satisfacer las necesidades y las demandas de la población con la agilidad requerida. La CCSS es quizá la “empresa” más grande de Centroamérica, con cerca de 55000 empleados, de los cuales un 10%

son profesionales médicos, es la institución que sostiene sobre sus hombros parte de la seguridad social de la que hoy se goza. Sin embargo, su funcionamiento y por ende su problemática, no debe analizarse de manera desvinculada del concepto de la producción social de la salud, ya que esta es un producto social.

Costa Rica, en los años 50, inició una fuerte inversión en programas sociales con la participación

**Cuadro 1. Evolución de indicadores sociales. Costa Rica 1950-2010**

Indicador	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010
Población (miles)	887,8	1.276,6	1.779,6	2.315,7	3.057,1	3.929,2	4.581,3
Porcentaje hogares pobres (%)	nd	50	29	25	27	21	21
Tasa analfabetismo (%)	21	16	13	10	7	6	3
Población con agua domiciliar (%)	53	65	75	86	94	94	98
Cobertura seguridad social (%)	8	15	39	75	82	86	92
Gasto público (% PIB)							
Social	8,6	8,7	16,4	23,6	16,1	17,3	19,4
Educación	1,5	2,6	5,2	6,2	3,7	4,7	5,8
Salud	6,5	4,9	6,1	8,7	4,8	5,0	7,1
IDH	nd	nd	nd	0,599	0,639	0,684	0,725

Fuente: Ministerio de Salud, CCP, INEC, PNUD

del Estado, privilegiando el mejoramiento en el nivel de vida de la población. Esto se reflejó en un crecimiento general de la economía, generando un mejor acceso a la salud, a la educación, a vivienda y a saneamiento del medio, que permitieron mejorar los indicadores sociales y reducir la pobreza en el país, marcando hitos en la historia de la salud nacional (Cuadro 1).

Las políticas sociales implementadas en Costa Rica a lo largo de las últimas décadas impactaron las condiciones de vida y salud de la población. La urbanización y cambios en el contexto social, demográfico y cultural del país, con una creciente participación de la mujer que elevó su nivel educativo y se incorporó paulatinamente en la fuerza de trabajo, y el acceso progresivo a servicios de salud y a métodos de planificación familiar redujo –según lo reportan el INEC y el Fondo Centroamericano de Población– la tasa global de fecundidad, de 7,1 hijos por mujer en 1960, a 1,8 en 2010.

Por otra parte, la mortalidad disminuyó de forma acelerada, como consecuencia de las mejores condiciones de vida, lo cual, coincidiendo con el descenso en la fecundidad, redujo la mortalidad infantil y elevó la esperanza de vida del costarricense. El mejoramiento de las condiciones del hábitat humano logró que se controlaran las enfermedades parasitarias y diarreicas, y la inversión en los esquemas básicos de vacunación redujo en gran medida muchas enfermedades infectocontagiosas.

Así, la alta inversión social contribuyó a posicionar a Costa Rica como un país con salud, a pesar de no ser económicamente desarrollado, y esto implicó nuevos retos: la inversión de la pirámide poblacional que estrecha cada vez más el bono demográfico; el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles: la hipertensión, la obesidad, la diabetes, los accidentes cerebrovasculares, la discapacidad, los daños ocasionados por el fumado y el cáncer, que son patologías que consumen más

recursos en cuanto a la atención de la enfermedad. Y por otro lado, la existencia de patologías sociales, como el consumo de drogas, la violencia y los accidentes de tránsito, que también generan altos costos para la CCSS y la seguridad social del país.

Por esas razones, no es posible visualizar la CCSS como un ente aislado, ya que eso es lo que ha conducido a una inadecuada gestión de la salud y de la enfermedad, y ha propiciado una institución que no brinda servicios oportunos y con equidad, y que tampoco llena las expectativas de la población. Los logros en indicadores de salud, son con mucha frecuencia confundidos con “buena atención médica”, atribuyendo todo el éxito a la atención de la enfermedad, desvirtuando y minimizando las políticas globales de mejoramiento en las condiciones y calidad de vida. Es innegable que la atención y rehabilitación de la persona enferma deben obedecer a un modelo médico céntrico, pero no así el abordaje de la salud como producto social, donde la participación de diferentes actores sociales es fundamental.

La CCSS requiere, para su subsistencia, alinear el Sector Salud bajo la visión de determinantes de la salud, que puede ser la estrategia correcta para reducir la inversión de fuertes sumas de dinero en resolver enfermedades proclives a la prevención, mediante el fomento de espacios para el ejercicio físico, la preferencia por la comida sana, el estímulo de los espacios libres del humo de tabaco, el impulso a la sana recreación como manera de reducir el estrés, y el control de las enfermedades transmisibles, a través de sólidos y modernos programas de vacunación.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha mencionado de manera reiterada, que con simples medidas: alimentación sana, ejercicio, reducción en la exposición al tabaco y a los rayos ultravioleta, como se puede disminuir la incidencia del cáncer en al menos 2/3 partes. Sin embargo, para impulsar estas simples medidas, la logística es compleja, ya que involucra y

toca intereses económicos muy poderosos y de amplia injerencia en la vida nacional: las tabacaleras, la industria alimentaria local, los restaurantes de comida rápida, etc. Todo esto implica también abogar por ciclovías, parques seguros, iluminados, limpios, etc. Y es por ello que la relevancia y protagonismo de un Ministerio de Salud fuerte, visible, posicionado y respetado, son imperativos. Solo con un Ministerio de Salud fuerte, se puede trabajar en los determinantes de la salud, posicionando la promoción de la salud, reduciendo la carga de enfermedad y dejándole a la CCSS la atención y la prevención de esta.

### **La CCSS ente rígido que requiere transformarse**

La reforma del sector salud logró que desde 1995, la CCSS se hiciera cargo de los tres niveles de atención de la población asegurada. Previo a ello, era el Ministerio de Salud el responsable de la atención primaria. Sin embargo, esta iniciativa, que como tal, es adecuada, lamentablemente no cumple sus objetivos, por lo que el nivel primario sufrió lo que muchos –entre ellos el Dr. Juan Jaramillo, exministro de Salud y estudioso del tema– temían: una vez que la atención primaria pasa a la CCSS, se “medicaliza”. Indudablemente, tener un médico, junto con un equipo de atención primaria, en las comunidades, benefició a sus habitantes, pero el costo económico de esa inversión fue y sigue siendo alto, no solo en cuanto a salarios, sino en lo que respecta a infraestructura. Y al existir aún entre los ciudadanos la percepción de que salud es igual a atención de la enfermedad, las comunidades exigen atención médica a sus problemas, sin privilegiar los programas de educación, prevención y promoción de la salud. Por ello se debe replantear el trabajo que los EB AIS realizan y los componentes educación, prevención y promoción de la salud, deben realizarse con el enfoque de determinantes para lograr la participación de los diferentes actores sociales. Una tarea pendiente es analizar si los EB AIS han cumplido con las metas propuestas en 1995, y eso es fundamental para conocer sus costos reales y justificarlos, o bien, para replantear el programa en su totalidad. Este trabajo debe ser hecho por el Ministerio de Salud, mediante la dirección de garantía al acceso con calidad de los servicios de salud, y sin duda, la misma CCSS debe también reflexionar al respecto.

Como lo señala Juan Jaramillo, el mismo informe que la OPS presentó en 2011 acerca de la situación financiera de la CCSS, es omiso en este punto, pero aun así, dice que hay que dedicar más fondos a este programa.

Y es muy posible que este sea el origen de los problemas de la CCSS, ya que una atención primaria deficiente, satura los siguientes niveles de atención, lo que aumenta los costos y genera descontento del usuario, que no encuentra solución a sus problemas. Los costos que requiere un nivel de atención primaria, como el actual, son elevados, y siendo poco eficiente, es lógico observar cómo aumentan las listas de espera, y cómo los casos que pudieron manejarse a nivel primario se complican y requieren una medicina más especializada. Este es, sin duda, un círculo peligroso y pernicioso.

Aunque es evidente que uno de los mayores logros del país en materia social y de salud ha sido la creación, la permanencia y el fortalecimiento de la CCSS, como prestadora de servicios

de atención a las personas, poco se ha avanzado en la discusión de la oferta y el acceso a sus servicios, y el eventual límite que debería establecerse en cuanto a esa oferta y ese acceso.

No necesariamente se debe limitar la oferta de servicios o establecer categorías de beneficiarios, pero la discusión debe darse, y corresponderá al país decidir qué tipo de seguridad social desea. Pocos ciudadanos están conscientes del alto costo que la atención de su enfermedad representa, y eso no es culpa exclusiva del usuario, pues también hay responsabilidad institucional y nacional, cuando se transmiten mensajes como: “las vacunas son gratis”, aunque lo correcto es: “las vacunas no tienen costo extra para los ciudadanos”. Se debe ser consciente de que el costo lo paga alguien, y ese alguien somos todos. Una estrategia por tomar en consideración puede ser la entrega de una factura por servicios, con el costo de la atención, de manera que las personas conozcan el valor económico del servicio recibido, y se conciencien para evitar que se abuse del sistema.

La reconceptualización debe incluir el significado de universalización, que no debe confundirse con estatización. Es fundamental no repetir recetas del pasado, pues el modelo que permitió combatir diarreas, insuficiencias respiratorias agudas y parasitosis, no es el mismo que permitirá luchar con éxito contra las enfermedades crónicas no transmisibles, como las cardiovasculares, el cáncer, la obesidad, la diabetes, la violencia cotidiana manifestada por los accidentes de tránsito y la inseguridad ciudadana, como indicador de salud. Indudablemente, la atención de estas enfermedades, por su incidencia y complejidad, eleva los costos, razón por la cual es preciso explorar otras opciones, no solo para brindar el servicio al usuario, sino también para atraer fuentes de financiamiento a la institución.

El aumento de los costos de los procesos de atención, junto con las repercusiones socioeconómicas de la transición epidemiológica, incrementan la relevancia y urgencia de mejorar la organización y el rendimiento de los sistemas de salud, por eso se insiste en que el principal problema de la CCSS no es el financiero, sino el de gestión. Todavía existe un importante margen para el progreso de la administración financiera y de una adecuada integración de los diferentes niveles de atención.

En el punto de atención al usuario, no se trata de privatizar servicios y dejar la medicina de mejor calidad para los que puedan pagarla, sino de armonizar los servicios disponibles dentro del sistema nacional de salud. Al fin, al asegurado lo que le interesa es contar con una pronta y eficiente respuesta a sus problemas de salud, sin importar quién es el proveedor de esos servicios.

Armonizar servicios requiere una eficiente y clara coordinación entre los distintos proveedores, de lo contrario, se dificulta la mejora en la atención del ciudadano. Por ejemplo, el sector público puede proporcionar servicios de salud a través de sus hospitales y clínicas y, además, ofrecer servicios similares en los hospitales privados, suele servir tanto a los pacientes que tienen seguro privado, como a aquellos que cotizan para la CCSS.

El modelo de medicina mixta puede ser una opción interesante, donde hay una contribución extra del asegurado. Sin embargo, en la actualidad, se dispone de pocos mecanismos

para coordinar la atención entre los distintos proveedores, lo que genera desequilibrios en el acceso a los servicios. De ahí, la insistencia en cuanto a la necesidad de un Ministerio de Salud fuerte, posicionado, que cumpla con esa función. El estímulo hacia modelos mixtos debe ir paralelo con el trabajo en mecanismos que eviten la fragmentaciones en la atención, ya que ello atentaría contra la universalización efectiva y eficaz.

Leonardo Garnier, en Gaceta Médica, menciona que: “La coexistencia inevitable de estos dos sectores – público y privado – supone una tensión permanente. Esta tensión se ha agudizado en las últimas décadas ya que, por un lado, las entidades de atención privada de la salud (la industria médica, la industria farmacéutica y la de seguros comerciales) constituyen en su interacción uno de los negocios más grandes, lucrativos – y concentrados – del mundo; mientras, por otro, la seguridad social representa una de las mayores conquistas de las sociedades modernas en términos de derechos y bienestar. Así, los espacios de ‘coexistencia pacífica’ entre ambos mundos se reducen, y aumenta la presión de la lógica mercantil por invadir espacios hasta ahora cubiertos por la lógica de los derechos.” Pues bien, esos espacios de “coexistencia pacífica” son los que hay que propiciar, para lograr un acceso oportuno, con equidad y con calidad, constituyendo la universalización de los servicios de salud, una realidad tangible.

El problema de gestión de la CCSS no se resuelve creando comisiones *adhonorem* que hagan recomendaciones, las cuales, además de no ser vinculantes, ya que los cambios deben ser aprobados por la Junta Directiva de la institución, no pasan de ser un parche más. Esas recomendaciones de una comisión, cuyos miembros, una vez que las emiten, no dan seguimiento a su implementación, no son más que medicina paliativa.

La verdadera solución debe partir de una política de Estado, que obedezca a un interés fundamental, lo cual requiere un alto compromiso político del gobierno de turno, para implementar medidas permanentes, que trasciendan, sin ser afectadas por uno o varios cambios de gobierno. El problema ha radicado en que hasta la fecha solo se ha tenido políticas de gobierno cuya vigencia se limita a un periodo. Administración por ocurrencia y no por evidencia, es lo que ha imperado.

Debe corresponder al MS, junto con funcionarios de la CCSS, llevar a cabo el proceso de cambio que se requiere, pues solo personal que trabaja inmerso en el Sector Salud, conoce todos los pormenores que hacen o no factible una recomendación. Ejemplo de lo anterior es la recomendación número 22: “Suprimir el tiempo extraordinario en áreas de salud en que es innecesario por la cercanía de hospitales”, la cual fue emitida por la junta de expertos en septiembre de 2012. La cercanía a hospitales no debe ser el factor que limite o suprima el tiempo extraordinario, por la sencilla razón de que si la demanda en las áreas de salud es alta, esta será trasladada a un nivel de atención mayor, como son los hospitales y esto generará “presas” en centros que deben ser reservados para la atención de los casos más difíciles y complicados. La atención de los casos del área de salud, afectará la atención de los que por su complejidad requieren más tiempo, recursos humanos y tecnológicos. Como lo refleja este simple ejemplo, la situación no es tan sencilla como emitir recomendaciones sin analizar su viabilidad.

## Conclusión:

Hoy más que nunca la seguridad social representada por la CCSS, requiere un certero y decidido golpe de timón. No se solucionará su problema con parches o recomendaciones poco viables. Una clara, concisa y precisa política de Estado es necesaria. El concurso de todas las partes, despojándose de vestiduras partidistas, gremiales y sindicales, será fundamental, pero más allá, un sólido compromiso político, con liderazgo, es la condición impostergable para asegurar la CCSS a las generaciones futuras.

Reconocimiento: este artículo de opinión forma parte del estudio “Cobertura universal del seguro de salud”, que fue apoyado por la Alianza para la Política de Salud y de Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se agradece al Departamento de Sistemas de Financiamiento de la Salud, a la OMS y, en particular, a Guy Carrin”.

**Agradecimiento:** deseo hacer un agradecimiento al Dr. Juan Jaramillo, al Dr Edgar Mohs, a la Dra. Ana Morice y a la Dra. Rossana García, por las pláticas enriquecedoras que hemos tenido sobre el tema y por su generosidad al compartir conmigo sus vastos conocimientos.

---

## Referencias

---

1. Marmot M. Health in an unequal world. Lancet 2006; 368(9552): 2081–2094.
2. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization. 2008.
3. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians, a working document. Canada: Government of Canada, Ministry of National Health and Welfare, 1974.
4. Ministerio de Salud de Costa Rica. Modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de la salud, junio 2007.
5. WHO Equity, social determinants and public health programmes / editors Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup. Geneva. 2010.
6. Nicholls ES. Diferenciales de mortalidad de las enfermedades no transmisibles según el nivel socioeconómico: el caso de América Latina. Bol Of SanitPanam 1993;115: 255-269.
7. Mosley WH, Bobadilla JL, Jamison DT. 1993. The Health Transition: Implications for Health Policy in Developing Countries. En: Disease Control Priorities in Developing Countries. Jamison DT, Mosley WH, Measham AR, Bobadilla JL (Eds). Washington, USA: World Bank, Oxford University Press. 673-699.
8. Morice A, Achío M. Tendencias, costos y desafíos para la atención de las enfermedades crónicas en Costa Rica. *Revista de Gestión* 2003;11:18-34.
9. Siegrist J. Social differentials in chronic disease: what can sociological knowledge offer to explain and possibly reduce them? Soc Sci Med 1995; 41:1603-1605.
10. Castellanos PL. Sobre el concepto de salud - enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. Bol epidemiol OPS 1990;10:1-7.