

Artículo recibido:
16 de octubre del 2012.
Evaluado:
6 de noviembre del 2012.
Aceptado:
20 de noviembre del 2012.

Indicadores ciudadanos de la seguridad social en Costa Rica: propuesta para el cantón de Pérez Zeledón

RESUMEN

Durante los últimos años la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ha experimentado una serie de problemas que en última instancia están afectando los servicios de salud que brinda a la población. Surgió así el interés de la ciudadanía por participar en el análisis de la situación y proponer acciones al respecto, como es el caso de Pérez Zeledón, cantón de la provincia de San José. En esta comunidad consideran necesario establecer un conjunto de indicadores que permitan monitorear aspectos fundamentales de la atención que brinda la CCSS en su cantón. Sobre esta base, este artículo desarrolla y ofrece una propuesta de indicadores con el fin de proveer a todas las personas que necesiten y usen los servicios de salud de la CCSS, la oportunidad de evaluar y dar una retroalimentación que pueda ayudar a que la institución mejore sus servicios y desempeño.

PALABRAS CLAVE

Indicadores, seguridad social, participación ciudadana

ABSTRACT

During the last recent years, the Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) from Costa Rica, has suffered different problems that are damaging the health services that it provides to the population. Based on that fact, citizenry participation becomes an important tool in order to promote accountability and responsibility in the management of this very important institution. As a response to this claim, some social organizations from the canton of Pérez Zeledón paid attention to the importance of having a range of different indicators concerning the quality and opportunity of the priority mentioned health services and their efficiency. On this base, this article develops and offers a proposal of indicators with the aim of providing all the people that need and use the Caja health services, the opportunity of evaluating them and giving some feedback that can help that institution improve its services and performance.

KEY WORDS

Indicators, social security, citizenry participation



Andrey Badilla Solano

Ligia Bermúdez Mesén

Gustavo Gatica López

Investigador del Centro de Investigación en Cultura y Desarrollo (CICDE), Universidad Estatal a Distancia (UNED) de Costa Rica. Bachiller en Ciencias Políticas.

Correo electrónico: abadillas@uned.ac.cr

Investigadora de la Vicerrectoría de Investigación, Universidad Estatal a Distancia (UNED) de Costa Rica. Licenciada en Estadística.

Correo electrónico: lbermudez@uned.ac.cr

Investigador del Centro de Investigación en Cultura y Desarrollo (CICDE), Universidad Estatal a Distancia (UNED) de Costa Rica. Máster en economía del desarrollo.

Correo electrónico: ggatica@uned.ac.cr



Indicadores ciudadanos de la seguridad social en Costa Rica: propuesta para el cantón de Pérez Zeledón

Introducción

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) fue creada mediante la Ley Constitutiva N° 17 del 22 de octubre de 1943. Desde entonces el trabajo de esta institución, en conjunto con las otras instituciones involucradas en el cuidado de la salud de las personas costarricenses, se ha reflejado en logros muy importantes para el país con valores positivos en indicadores tales como la tasa de mortalidad infantil, la esperanza de vida al nacer, y la disminución en la incidencia y mortalidad relacionada con varias enfermedades.

Desde su creación, la CCSS se ha sometido a una serie de reformas significativas. En 1943 se modifica la Ley de Creación de la CCSS, transformándola de una institución semiautónoma a una de tipo autónoma y fue establecido el sistema tripartido de financiamiento (Estado, patronos, trabajadores). En 1947 se crea el seguro por Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y en 1971 se faculta a la institución para cubrir de manera general a todos los trabajadores del país. Luego, en 1975, asume el régimen de pensiones no contributivo.

No obstante, durante los últimos años han surgido problemas relacionados con la atención que brinda la CCSS, lo cual incide en largas listas de espera, ya sea para la atención con especialistas, para cirugías o para realizarse algún examen, falta de algunos medicamentos incluidos en las recetas y falta

de equipos o personal en la institución para recibir determinados tratamientos; entre otros. Esta situación, aunada a la crisis financiera de la CCSS develada en el 2011, provocó diferentes reacciones tanto por parte de las autoridades gubernamentales así como de la ciudadanía en general.

Con este telón de fondo, un grupo de organizaciones sindicales, agrícolas, cívicas y académicas del país plantearon un conjunto de diez medidas para contribuir a resolver los problemas que atraviesa la CCSS. Una de las medidas propuestas se orientó a recomendar la definición de un conjunto de indicadores que permitieran monitorear la situación de la institución, particularmente en la gestión y servicios que ofrece.

La propuesta de avanzar en la construcción de indicadores fue retomada por representantes de organizaciones sociales del cantón de Pérez Zeledón. Las organizaciones solicitaron apoyo al Centro de Investigación en Cultura y Desarrollo (CICDE) de la Universidad Estatal a Distancia (UNED) de Costa Rica, con el fin de desarrollar una metodología para la construcción de los indicadores. De forma simultánea, se propuso que se capacitara a personas de las organizaciones sociales, para la recolección, sistematización y análisis de la información.

En este documento se describen algunos antecedentes principales de la crisis que actualmente sufre la CCSS, la metodología planteada para mejorar la participación ciudadana en este proceso y una propuesta inicial de indicadores para monitorear los servicios de la seguridad social en el cantón de Pérez Zeledón.

Antecedentes

La crisis que actualmente atraviesa la CCSS tiene múltiples causas y no está dentro de los alcances de este documento hacer una revisión exhaustiva de las mismas. No obstante, a continuación se describen algunos factores críticos que pueden considerarse como principales generadores de la situación.

Situación financiera de la CCSS

El Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) constituye la principal fuente de ingresos para la CCSS y, por tanto, su situación financiera depende en alto porcentaje de este rubro, 85% de los ingresos del sistema de salud se financian con las contribuciones de los trabajadores. El SEM es un régimen de reparto, basado en aportes a un fondo común, desde el cual se financian el

conjunto de servicios y de prestaciones de dinero. El Estado contribuye al SEM de dos maneras:

- a) Contribuciones obrero patronales y las contribuciones que realizan los empleados.
- b) Los aportes que le corresponden al Estado comprenden ocho rubros:
 1. La contribución Estatal de 0,25% sobre los salarios brutos cotizados por los trabajadores asalariados.
 2. La cuota complementaria de los asegurados voluntarios y los trabajadores independientes.
 3. La cuota complementaria de los asegurados mediante convenios especiales.
 4. La cuota complementaria del aseguramiento de los internos en centros penales.
 5. La atención a la población indigente según ley N° 7374.
 6. El traslado del primer nivel de atención del Ministerio de Salud a la CCSS.
 7. Los pagos por la atención brindada a población no asegurada en virtud del Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley N° 7739).
 8. Pagos estipulados según leyes 7735, Ley general de atención a la madre adolescentes, Ley de paternidad responsable N°8101, Decreto Ejecutivo N° 33650-S Reforma al manual de normas y procedimientos de atención integral a la mujer para la prevención y manejo del cáncer de cuello de útero en el I, II y III nivel de atención y normas de laboratorio de citología, así como la jurisprudencia aplicable emitida por la Sala Constitucional.

La reciente crisis financiera internacional afectó las finanzas de la institución, dado que provocó un aumento del desempleo y de la morosidad patronal, tal como señalan Carrillo, Martínez, Naranjo & Sauma (2011, p.5): “las contribuciones obrero-patronales redujeron su crecimiento por la crisis económica del 2009 y la lenta recuperación económica en los años siguientes. Por otra parte, ha existido un incumplimiento acumulado en los pagos del Estado”.

En el año 2011 y a partir de los resultados del Informe sobre el estado de la situación financiera del seguro de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011), se revela que la institución atraviesa graves problemas financieros. Este informe fue solicitado por la Junta Directiva de la CCSS, mediante resolución N°8500, artículo 8° de fecha 1° de abril del 2011. En el mismo se plan-

tean fuertes cuestionamientos sobre el estado presupuestario de la institución, alertando sobre el flujo de efectivo disponible. En el cuadro 1 se muestra el flujo de efectivo en millones de colones actualizado a julio del 2011. Los datos del 2007 al 2010 corresponden a cifras reales, mientras que los datos correspondientes al 2011 son una proyección elaborada en el informe para el año completo.

Cuadro 1
Seguro de Salud: flujo de efectivo en millones de colones 2007-2011
Cifras en millones de colones

Rubro	2007	2008	2009	2010	2011
Ingresos	696,405	844,838	999,108	1,099,308	1,219,491
Egresos	702,025	887,951	1,071,015	1,169,930	1,391,472
Total	-5,620	-43,113	-71,907	-70,622	-171,980
Pagos extraordinario del Estado ⁽¹⁾		14,615	90,168	72,946	43,093
Saldo Inicial CCSS ⁽²⁾	45,750	40,130	11,633	29,894	32,218
Total	40,130	11,633	29,894	32,218	-96,670
Pago extraordinario del Estado ⁽³⁾					110,160
Saldo final					13,490

⁽¹⁾ Año 2011: Venta títulos valores pago deuda del Estado, incluyendo los ₡7.8 mil millones entregados a finales de abril 2011. ⁽²⁾ ₡54.0 mil millones de Asegurados por el Estado 2010; más ₡56.1 mil millones (80% de deuda Convenio 2007 ₡70.2 mil millones). ⁽³⁾ Se requiere un Saldo Final de Caja (Capital de Trabajo) de ₡32.0 mil millones para iniciar enero 2012.

Fuente: tomado de OPS (2011, p. 41).

En el cuadro anterior se observa que la diferencia entre ingresos y egresos arroja resultados negativos a lo largo del periodo analizado, lo que ha obligado a la CCSS:

[...] a solicitar pagos por adelantado al Estado por deudas que este mantiene con la institución, pero que estaban pactados a un plazo mayor a un año. Los mismos han sido pagados por el Estado con títulos de deuda, los que han sido liquidados en el mercado para obtener liquidez. Lo anterior, sumado a la disponibilidad de saldos iniciales de CCSS de los periodos anteriores y a la decisión de retrasar los pagos a proveedores (lo que se expresa en el incremento de las cuentas por pagar), ha permitido conseguir el mínimo de liquidez necesaria para hacer frente a compromisos que la institución debe pagar durante el mes de enero de cada año, antes que pueda recibir nuevos flujos de efectivo (OPS, 2011, p. 41).

Anteriormente, se mencionaron las dos vertientes de obligaciones del Estado con la CCSS, sin embargo, vale la pena mencionar que existe una subvaloración del aporte estatal en relación con las personas indigentes, así el Estado contribuye por la cantidad de personas indigentes que han hecho uso del SEM y no por la totalidad de la población, lo que a su vez constituye una ruptura del principio de la universalidad y solidaridad de la institución.

(...) el Estado actualmente paga solo por aquellos que se encuentran registrados en los sistemas de información de la institución y no por el total de la población bajo la línea de indigencia. Esto implica que un número considerable de población indigente, beneficiaria de la Caja al momento de atenderse, no está siendo financiada por el Estado desde la perspectiva del aseguramiento. En este sentido, el Estado solo paga la prima por aquellos indigentes que hacen uso de los servicios, lo que resta un financiamiento considerable a la institución. Se rompe de esta forma el concepto mismo de aseguramiento (p. 79).

La CCSS depende de su propia capacidad para generar recursos, por tanto, la liquidez juega un rol central dentro de la administración de la institución. Por liquidez debemos entender la capacidad de transformar, en el corto plazo, los recursos de que se dispone en efectivo y se encuentra estrechamente relacionado con la capacidad de pago de las obligaciones de corto plazo (salarios, compras de fármacos y servicios básicos) y a su vez aumenta los niveles de endeudamiento de corto y largo plazo.

[...] a diferencia de otras instituciones públicas que reciben transferencias específicas del Estado para financiar la inversión, la Caja no posee otra fuente de financiamiento distinta de su propia capacidad de generación de recursos. En este sentido, el endeudamiento de largo plazo solo es viable en la medida en que la institución genere ahorro en el largo plazo (p.7).

En este sentido, el endeudamiento de la institución es una medida constante desde hace varios años, por lo que la institución no goza de ahorros ni en el mediano, ni largo plazo. Si a lo anterior le debemos sumar el problema de la evasión en la contribución de los trabajadores independientes y voluntarios, como nos señala el informe de la OPS hay una clara sub-aportación de las

cargas sociales y así lo reiteran Carrillo et ál. (2011, p. 11): “cerca de dos de cada tres asegurados independientes y voluntarios se ubica en el rango más bajo de cotización, es decir, declaran un ingreso igual al mínimo contributivo y alrededor de cuatro de cada cinco en los dos primeros rangos” [el subrayado es del original].

Otras causas de la crisis en la CCSS

El 70% del presupuesto del Sistema de Enfermedad y Maternidad lo consume el pago de salarios (Ugarte, 2011), esto representa cerca de 40% del presupuesto total de la Caja (Díaz, 2011) y los trabajadores de dicha institución reciben una serie de beneficios laborales producto de las negociaciones colectivas. Respecto de lo primero:

[...] el periodo 2000-2010, las incapacidades han representado 4% del gasto total del seguro de salud. Junto con las remuneraciones (60,8%), el gasto en medicamentos (8,5%) y un gasto mínimo de inversiones (3%), constituyen la parte más estructural del gasto (76,3% como mínimo) y por lo tanto una limitación para el crecimiento de los demás gastos (pago de servicios, compra de suministros, etc.). En el año 2010, las incapacidades otorgadas a los empleados de la CCSS significaron un promedio de un mes por empleado (Carrillo et ál., 2011, p. 31).

En relación con el segundo aspecto mencionado, Durante (2011) advierte que la normativa interna de la CCSS permite pagarles un subsidio de 100% del salario cuando se incapacitan y considera estos pagos como salario para calcularles vacaciones, aguinaldo y otros derechos laborales, mientras para los otros trabajadores el subsidio por incapacidad es de 60%, asimismo cuentan con un tope de cesantía de 20 años, mientras que el resto de los trabajadores solo están protegidos por ocho años.

El Informe de los Notables (Carrillo et ál., 2011) nos señala una serie de condiciones favorables en el campo de las remuneraciones, por ejemplo, el pago por dedicación exclusiva que se da en forma general a todos los profesionales, constituyéndose en un complemento salarial encubierto. Siguiendo con lo anterior:

En mayo del 2008, la Junta Directiva de la institución aprobó el aumento en el número de años a considerar para el pago de cesantía de los 12 años vigentes, a 14 años a partir de julio del 2008 y a 15 años a partir de julio del 2009. Posteriormente, a finales del 2009 se aprobó un nuevo aumento, esta vez hasta 20 años, en un proceso gradual que culminará en julio del 2016 (p. 25).

El grupo de especialistas convocado por la Presidencia de la República (Carrillo et ál., 2011) presenta una serie de recomendaciones relacionadas con estos aspectos, entre las cuales se menciona: la creación de tres turnos, la reducción de gastos por compras, contener los gastos por remuneraciones (dado que 57% corresponde al pago de horas extras y guardias, mientras 43% restante corresponde al pago del salario base, anualidades e incentivo por carrera), controlar los horarios y aumentar la productividad del personal médico, haciendo un particular énfasis en la gestión institucional de la CCSS.

En el cuadro 2 se presenta la composición salarial de un trabajador de la Caja a partir del promedio anual de las 100 personas con mayores sueldos de la institución, estas se reparten más de 7000 millones de colones, siendo el rubro de pagos extraordinarios el de mayor importancia, representa 57% del total.

Cuadro 2
Composición del salario promedio mensual de los 100 salarios más altos pagados en el 2010

Concepto	Colones	%
Salario Promedio	7,599,209	100
Salarios Ordinarios	3,269,942	43,0
Salario Base	810,546	10,7
Anualidad	12,16,746	16,0
Incentivo carrera hospitalaria	532,576	7,0
Otros conceptos	710,074	9,3
Salarios Extraordinarios	4,329,268	57,0
Guardias médicas	2,431,852	32,0
Disponibilidades médicas	1,304,253	17,2
Remuneración vacaciones	270,509	3,6
Extras	181,508	2,4
Otros conceptos	141,145	1,9

Fuente: Dirección de Administración y Gestión de Persona de la CCSS.

Otra condición de importancia es que no existe la prohibición explícita de la práctica médica pública y privada simultánea. Si bien esta condición no representa ninguna ilegalidad, propicia que los pacientes que se encuentran en listas de espera sean referidos a los consultorios médicos privados o bien paguen “biombos” a través de los cuales los profesionales del área de la salud

utilizan instalaciones de la CCSS para atender a sus propios pacientes o agilizar la atención de algunas personas en lista de espera.

La falta de especialistas es otra de las condiciones adversas por la que atraviesa la institución. De acuerdo con Díaz (2010), la Caja contaba con 2185 médicos especialistas y un faltante de 1800 especialistas más para poder abastecer de atención a la población, particularmente en las áreas de: ginecoobstetricia, pediatría, radioterapia, geriatría, anestesiología y ortopedia. Sin embargo, de las 11 000 nuevas plazas creadas en el periodo 2005-2011 solo el 3,8% correspondía a médicos especialistas, como indican Carrillo et ál. (2011, p.21): “Entre los años 2005-2011 se crearon 11 164 plazas, de las cuales 44% correspondieron a plazas administrativas y de apoyo y 122 a jefaturas, mientras que solamente 423 plazas (3,8%) correspondieron a médicos especialistas”.

Sumado a lo anterior, 10% de morosos concentra 75% de la deuda con la CCSS. Son aproximadamente 6113 compañías con una deuda de ¢119 217 millones (Rivera, 2011), es decir, más del monto necesario para cubrir el déficit del flujo de efectivo sin los pagos extraordinarios del Estado, quien sigue siendo el principal deudor de la CCSS, con una deuda aproximada de ¢430 000 millones.

En términos generales, podemos caracterizar la problemática de la CCSS en al menos las siguientes tres categorías: en primer lugar, el problema de liquidez del SEM, lo cual aumenta los niveles de endeudamiento y dificulta la capacidad de la institución para hacerle frente a los compromisos de corto plazo, ello también explica la falta de inversión de la institución en equipo médico e infraestructura; en segunda posición los privilegios laborales adquiridos, como la cesantía por 20 años, el pago de 100% de las incapacidades, el pago de disponibilidades y los salarios extraordinarios. En tercer lugar se debe mencionar la crisis de rentabilidad del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM). Si bien es cierto que las transacciones entre el SEM y el RIVM son permitidas según las Normas Internacionales de Contabilidad y han sido permitidas por la Contraloría General de la República, estas transacciones deben ser realizadas mediante el mercado de valores.

[...] lo cierto es que la CCSS, tal y como lo establece el artículo 39 de su Ley Constitutiva, cada vez que realice operaciones de compra y venta de títulos valores entre seguros o con terceros, deberá realizar dichas operaciones, de conformidad con la normativa que les rige, es decir, únicamente por medio de los mecanismos y mercados establecidos en la Ley Reguladora del Mercado de Valores, N°. 7732; tal y como se ha venido desarrollando en los últimos años (...)

los títulos que el Estado le otorga como pago de las cuotas obrero patronales al Seguro de Salud, salen a la venta en el mercado de valores local y compiten con los demás instrumentos financieros disponibles, y que el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte participa igualmente como un comprador más de éstos y otros títulos valores, según sean de su interés las condiciones de rendimiento, plazo, emisor y tipo de instrumento, de conformidad y en estricto apego a la normativa institucional, y de la Ley Reguladora del Mercado de Valores vigentes (CCSS, 2012).

En otras palabras, los títulos valores que el Estado le otorga en forma del pago al SEM, deben ser vendidos en el mercado de valores de Costa Rica y el RIVM puede comprarlos, siendo esta una forma indirecta de transferir liquidez del RIVM hacia el SEM. Sin embargo, si la compra de los títulos valores se realiza sin esperar la puja en el mercado, representa una pérdida de rentabilidad para el Régimen. En la figura 1 presentamos las categorías antes mencionadas de forma resumida.

Figura 1. Principales categorías de análisis en la crisis de la CCSS



Fuente: elaboración propia.

Surgimiento de iniciativas ciudadanas

Dentro de este marco de acontecimientos, en el cantón de Pérez Zeledón un grupo de personas, representantes de varias organizaciones e instituciones, planteó la necesidad de contar con un conjunto de indicadores que permita dar seguimiento y evaluar aspectos relevantes de la institución. Dicha tarea fue asumida por el Centro de Investigación en Cultura y Desarrollo (CICDE) de la Universidad Estatal a Distancia (UNED) y coordinada por el Dr. Luis Paulino Vargas Solís, director a.i. del CICDE. El grupo de trabajo quedó integrado además por Gustavo Gatica López y Andrey Badilla Solano, investigadores del CICDE y Ligia Bermúdez Mesén, investigadora de la Vicerrectoría de Investigación (UNED).

No obstante que la presente propuesta fue elaborada a petición de una comunidad específica, ya ha surgido interés en otras zonas del país por contar con este tipo de indicadores y, por tanto, existe la posibilidad de replicar este trabajo en otros cantones del país.

Metodología

Dentro del proceso de elaboración de la propuesta, se analizó la pertinencia de sugerir una metodología que cubra dos dimensiones, de acuerdo con la naturaleza del trabajo que se pretendía llevar a cabo. Una primera dimensión consideró necesario trazar una ruta que favoreciera la participación de diversos actores sociales del cantón. Un itinerario como el que se propuso, hacía clave la identificación de actores institucionales de la comunidad que tuvieran interés en atender la propuesta. Entre éstos se deben mencionar: organizaciones de vecinos, organizaciones de consumidores, organizaciones sindicales, organizaciones campesinas, cooperativas, académicas; entre otras. Esta dimensión de la metodología tendría un carácter *político*, en tanto activaría el interés comunitario para involucrarse en la atención de los servicios que presta la CCSS en el cantón.

Una segunda dimensión de la metodología demandó identificar mecanismos para la elaboración de indicadores que permitieran ser calculados a partir de información objetiva disponible y accesible para las personas interesadas. Esto nos refiere a una *dimensión técnica* del proceso. Lo anterior nos llevó a confirmar que el trabajo propuesto implica una metodología con dos niveles, no sobrepuestos, sino complementarios. En este sentido, a lo largo del proceso hubo claridad en torno a que la identificación de los indicadores, la recolección de información, el análisis y la interpretación, son pasos valiosos que cobran mayor sentido y significancia cuando se dirigen con el poder que en sí misma tiene la información, con el fin de favorecer la incidencia. En el caso

de Pérez Zeledón, el propósito último se ha orientado a mejorar los servicios que ofrece la Seguridad Social como medio que contribuya al desarrollo del cantón.

Lo afirmado en el párrafo anterior no es un dato marginal, ya que con frecuencia en los análisis acerca de indicadores de políticas públicas se suele dar prioridad a la evaluación de los resultados que ciertamente son importantes. Tal énfasis suele dejar en un plano secundario los procesos organizativos de los distintos actores sociales, que finalmente son los generadores de cambio. El presente proceso ha dado prioridad a ambos procesos que, como señalamos, se complementan.

Dimensión política: alcances y perspectivas esperadas

Un elemento clave para explicar la dimensión política de la metodología que se plantea, nos refiere a la noción de participación ciudadana en medio de sociedades que aspiran a vivir en democracia. A continuación se presenta una breve digresión sobre los conceptos de democracia y participación ciudadana.

Por democracia se entiende comúnmente la participación del pueblo en el gobierno político de un Estado. Cortina (1997) señala que la clasificación más amplia de modelos de democracia es la que distingue entre democracia directa o participativa y democracia liberal o representativa. Explica la filósofa española:

En la primera se entiende no solo que el pueblo es el titular del poder, sino también que es quien lo ejerce, de modo que la participación del pueblo en el gobierno consiste en un ejercicio directo del poder, siendo posible en este caso hablar claramente de un gobierno del pueblo; mientras que la democracia liberal o representativa consiste en un sistema de gobierno que cuenta con representantes de los intereses y opiniones de los ciudadanos en el marco del imperio de la ley; se trata pues en este segundo caso de un sistema de limitación y control del poder(...) (p. 89).

En el caso costarricense, el sistema de gobierno se inscribe dentro de la segunda tradición citada por Cortina. De esta cuenta, la forma de gobierno, la representación o participación del pueblo, se encuentra regulada por un mar-

co jurídico que zanja límites y posibilidades para cada actor según sea la posición que ocupe. Ahora bien, dada la existencia de distintos actores reconocidos dentro de un Estado democrático, se aceptan e integran expresiones diversas de participación política, mucho más allá de aquellas que se han institucionalizado.

En el contexto de un Estado con una democracia representativa, las manifestaciones en las que el pueblo *es representado* son más significativas que las representaciones formales a través de cargos de elección popular. Una de estas manifestaciones o expresiones es lo que se ha denominado *sociedad civil*. Siguiendo a Cortina (2000, p. 361) asumimos por tal concepto “la red de estructuras sociales que no dependen directamente del Estado”, pero que en definitiva influyen de distinto modo, intensidad e intereses en aquel. Para nuestros intereses, la noción de sociedad civil, nos remite a una red de actores de diversa procedencia (organizaciones sociales, sindicatos, estudiantes, académicos, representantes de organizaciones de productores, consumidores, por citar algunos), con intereses más o menos consensuados y que aspiran a tener algún grado de incidencia en temas de interés público.

Esta red de actores conforma la *sociedad civil* activa y promueve un proceso de *participación ciudadana*. Tal proceso vendría a ser la antítesis de lo que se ha denominado la *despolitización de lo público*, que hace referencia al creciente fenómeno en el que una mayor cantidad de personas se muestra políticamente apática, tanto de los procesos electorales así como de la gestión de la arquitectura institucional pública como un todo.

Es preciso acotar que la finalidad de la participación ciudadana está orientada, más que a la búsqueda de satisfacción individual, hacia el logro de mayores beneficios sociales, no desde una perspectiva utilitarista, sino dirigida a logros sociales que impacten en el conjunto del grupo humano al que se pertenece. En este orden de ideas ha de señalarse, sin que con ello desee idealizarse, que la participación ciudadana se orienta a alcanzar metas que buscan traducirse en logros social y políticamente deseables. Desde la perspectiva de la gestión política, la participación ciudadana es un contrapeso válido y legítimo frente a la acción estatal (a través de las instituciones) o en la elaboración de políticas públicas.

Finalmente, interesa destacar las vinculaciones prácticas que se establecen entre las nociones de democracia, sociedad civil y participación ciudadana. Estimamos de forma pragmática que la participación ciudadana es una vía de profundización de la democracia. Más concretamente, en el país, hemos observado cómo en los últimos años se han gestado deliberadamente algunos hechos de corrupción alrededor de fondos de instituciones públicas. En la primera parte de este artículo, se ha hecho referencia a la forma en la que se han dilapidado recursos valiosos de la CCSS. Tales hechos han sido evidenciados por medios de comunicación. De no haber sido por las denuncias

realizadas, muy probablemente la atención a los problemas se hubiese pospuesto.

Una activa participación ciudadana, a través del monitoreo, la veeduría y la evaluación de los servicios que ofrece una institución pública, puede ser una ruta de inestimable valor para prevenir hechos lamentables como los descritos. Pero puede ser también la vía que permita anticiparse a eventos que pongan en riesgo la estabilidad de los servicios públicos, o a la vez el camino para elaborar prospectivamente alternativas para mejorar la gestión de aquellos servicios.

La dimensión política de la metodología y los fines de la seguridad social

Dentro de la dimensión política de la metodología, es preciso revisar brevemente los fines de la seguridad social. Este punto de partida lleva a interrogarnos acerca de por qué un grupo de representantes de organizaciones sociales comunitarias se preocupan de los servicios que proporciona la seguridad social: ¿La preocupación tiene que ver esencialmente con la forma en la que se proveen los servicios de salud o existe algo más que la valoración misma de estos servicios?

Pareciera que la preocupación, más que por la eficacia y eficiencia de los servicios, está orientada al impacto en la calidad de vida de las personas que poseen la provisión en óptimas condiciones de aquellos. De alguna forma, la preocupación por la gestión tendría un carácter instrumental en tanto se ordena a fines más amplios y relacionados directamente con el bienestar humano, tanto individual como colectivo.

El acceso a la seguridad social y a la salud son dos derechos que forman parte de los denominados Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC). La particularidad de este conjunto de derechos es que presentan igual jerarquía y naturaleza que los derechos civiles y políticos, más aún, son derechos directamente relacionados con la protección de necesidades y capacidades que garantizan calidad de vida.

Tutelada por diversos instrumentos internacionales¹, la salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como:

Un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos

1. Pueden citarse por ejemplo: el artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; el artículo 26 de la Convención Americana de Derechos Humanos; el artículo 10 de Protocolo de San Salvador; el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados (Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1946) (IIDH, 2008, p. 155).

De su parte, el derecho a la seguridad social también se encuentra dentro del conjunto de derechos protegidos por distintos instrumentos de protección internacional. La Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), en el artículo 25, establece:

Toda persona tiene derechos...a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida por sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales (...) (Naciones Unidas, 1948, art.25).

Específicamente, el derecho a la seguridad social incluye la asistencia médica, las prestaciones monetarias de enfermedad, prestaciones de desempleo, prestaciones de vejez, prestaciones en caso de accidente del trabajo y de enfermedad profesional, prestaciones familiares, prestaciones de maternidad y prestaciones de invalidez; entre otras.

En nuestra opinión, dado el impacto en la calidad de vida que posee la seguridad social para la provisión de los servicios de salud y estos a su vez para la promoción de la paz social, el enfoque de derechos se convierte en una ruta válida y legítima para garantizarla a la población. Este marco ofrece posibilidades que las organizaciones sociales interesadas pueden aprovechar para demandar la defensa de la seguridad social.

Ahora bien, asumir un enfoque particular, en este caso el enfoque de derechos, puede contribuir a la consistencia de un proceso –como el descrito– que favorece la participación ciudadana mediante el monitoreo de los servicios de la seguridad social costarricense.

Ruta metodológica para el trabajo de las organizaciones sociales del cantón

Como se señaló en párrafos anteriores, un conjunto de organizaciones sociales del cantón de Pérez Zeledón, provincia de San José, Costa Rica, solicitaron al Centro de Investigación en Cultura y Desarrollo (CICDE) de la UNED, la colaboración para elaborar una propuesta de indicadores que les permitieran monitorear, dar seguimiento y evaluar los servicios que brinda la CCSS en el cantón. Tal iniciativa surge dentro de un contexto más amplio, cual es la referida discusión nacional acerca de la crisis de la CCSS. Recuperando las nociones de *sociedad civil* y *participación ciudadana*, las organizaciones que se acercaron al CICDE tenían la clara intención de llevar a cabo (de forma sistemática) un proceso de participación ciudadana, mediante el seguimiento y la observación de datos objetivos sobre la gestión de la seguridad social en el cantón.

Las personas integrantes de la comisión conformada para elaborar una propuesta de indicadores para la CCSS acordaron en primera instancia definir una cantidad pequeña de indicadores, de manera que su cálculo y análisis no fuera complicado.

Para la búsqueda, sistematización y análisis de la información, se propuso la estrategia siguiente:

- a. Reunión previa de presentación, análisis y discusión de la propuesta entre el equipo redactor de la presente propuesta y representantes de organizaciones y académicos de universidades públicas del cantón de Pérez Zeledón.
- b. Posterior a la reunión, se conformaron dos equipos. Uno pequeño de dos o tres técnicos que recopilaron la información, dieron cuerpo y contenidos a los indicadores y elaboraron un borrador. Un segundo equipo ampliado (en el que se integraron los “técnicos”) discutió y analizó la información para establecer acciones estratégicas y políticas de seguimiento.
- c. Periodizar la dinámica de trabajo para dar seguimiento a la información y establecer mecanismos para la difusión de la información en el cantón.

Dimensión técnica: de opiniones a datos objetivos

Con frecuencia, en las cartas que los lectores escriben a los diarios, en las redes sociales o en las conversaciones en sitios públicos, se escuchan comentarios acerca de un *permanente* deterioro de la calidad de los servicios que presta la seguridad social en Costa Rica. Si bien no se entró en el detalle de los argumentos, se presentaron dos que son recurrentes. El primero, por evidente, se refiere a hechos de corrupción dentro de la CCSS que han sido ventilados públicamente por los medios de comunicación. Un segundo argumento se orienta a culpabilizar a un segmento específico de la población por el uso excesivo, indiscriminado y poco responsable de los servicios de la seguridad social. En el grupo se identifica recurrentemente a la población inmigrante, principalmente de origen nicaragüense. A este respecto, hay suficiente evidencia empírica que demuestra que, al menos en el segundo caso, tales argumentos no se sostienen.

Al centrar la atención en estos juicios, las personas suelen pasar por alto las consideraciones acerca del desmantelamiento en general del Estado y sus instituciones (Véase por ejemplo Vargas, 2002; Camacho, 2004). Tal desmantelamiento, fraguado al calor de políticas neoliberales aplicadas cual receta médica, fue el marco que posibilitó que un conjunto de instituciones claves para el desarrollo nacional debilitara su presencia, traducida en los bienes y servicios que transfería a los ciudadanos.

Planteado lo anterior, y sin eludir la discusión de fondo, la elaboración de la propuesta de indicadores para monitorear los servicios de la CCSS en Pérez Zeledón, presenta un doble propósito: contribuir a fortalecer la participación ciudadana y sistematizar datos objetivos, es decir, medibles, verificables y contrastables. La idea de sistematizar y comparar datos objetivos es un paso clave para avanzar en la superación de las valoraciones subjetivas que realizan las personas (acerca de los servicios), así como transitar hacia la evaluación de impactos objetivamente verificables a partir de los datos disponibles.

Para iniciar la identificación de los indicadores, se realizó una recopilación y lectura de documentos y otros materiales relacionados con el tema, la mayoría elaborados en la misma CCSS. En este sentido, el documento *10 medidas para comenzar a ordenar la CCSS* (2011) ha servido como base para seleccionar algunos indicadores que podrían considerarse fundamentales para revelar y dar seguimiento a los problemas sustantivos. En la siguiente tabla se muestra una síntesis de aspectos y temas relacionados con cada uno, extraídos de este documento.

Tabla 1
Resumen de aspectos señalados en el documento 10 medidas para comenzar a ordenar la Caja

Aspecto	Principales medidas
Principios de la seguridad social: solidaridad, universalidad, oportunidad, equidad y calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la recaudación: reducir la morosidad del sector privado y la deuda del Estado (por cotizaciones y del Ministerio de Salud) • Transparentar las listas de espera (cirugías, exámenes, especialistas)
Recursos humanos: pago de jornadas extraordinarias, control de horarios y productividad, conflicto de intereses (práctica en la CCSS y la privada)	<ul style="list-style-type: none"> • Mejor remuneración de la hora ordinaria • Eliminación del tiempo extraordinario • Crear plazas por turnos • Establecer controles para guardias y disponibilidades de los profesionales en ciencias médicas y prohibición de la práctica privada
Modelo de gestión: inversión, centralización de las compras, expediente electrónico, contratación de servicios privados	<ul style="list-style-type: none"> • Fijar metas para la adquisición de equipo y tecnología • Compra de alimentos a productores nacionales • Dar prioridad al expediente electrónico • Seguimiento público a las compras
Estrategias: enfoque preventivo del modelo de atención, propiciar la participación social	<ul style="list-style-type: none"> • Retomar el enfoque preventivo en el modelo de atención • Establecimiento de una comisión nacional y comisiones regionales que propicien la participación ciudadana • Definición de indicadores de cumplimiento de las medidas
Influencia política: nombramientos políticos en el área administrativa, anulación del concurso para gerentes	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar la creación de puestos administrativos • Revisar el mecanismo de nombramiento de Junta Directiva.

Fuente: elaboración propia con base en el documento 10 medidas para comenzar a ordenar la Caja (2011).

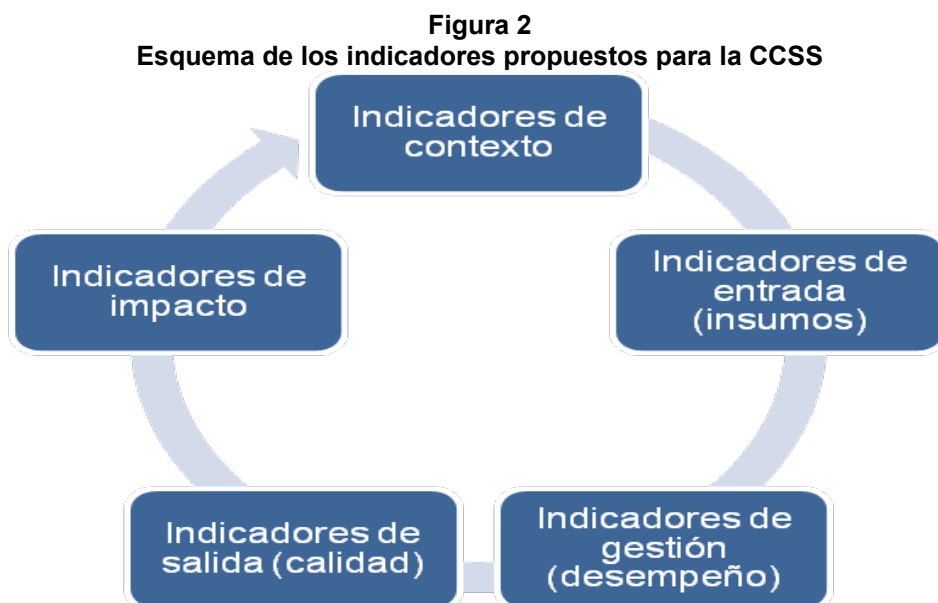
A partir del análisis de este documento fue posible reiterar la importancia de algunos indicadores que habíamos considerado previamente, así como identificar otros que surgieron como básicos. Por otra parte, se hizo una revisión de los indicadores actualmente incluidos en los reportes de entidades tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS, con el objetivo de conocer los aspectos relevantes en el ámbito de la salud a nivel mundial. Con base en la discusión del tema durante las reuniones, el equipo de trabajo llegó a definir los indicadores que se describen en el siguiente apartado.

Resultados: propuesta inicial de indicadores

Descripción de los indicadores

A continuación se explica en forma general la importancia de los indicadores propuestos en cada uno de los niveles: indicadores de contexto, de entrada

(insumos), de gestión o desempeño, de salida (calidad) y de impacto, considerándolos como puntos de medición en un proceso cíclico de atención a la salud.



Fuente: elaboración propia.

Indicadores de contexto

Al considerar que las condiciones socioeconómicas de una localidad repercuten en la salud de sus habitantes, es importante conocer la situación del lugar respecto de las condiciones predominantes en otras zonas del país. Dentro de este marco, la Región Brunca durante los últimos años ha presentado situaciones adversas en aspectos como el empleo y la pobreza. La Encuesta Nacional de Hogares 2011, realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2012), confirma que las regiones Chorotega y Brunca se mantienen como las de menor tasa de participación y ocupación, lo cual está asociado a mayores niveles de pobreza (superiores a 30%).

Por tanto, se decidió incluir algunos indicadores que reflejen de manera muy general la situación del contexto y permitan darle seguimiento:

- Tasa de desempleo en la región
- Posición del cantón respecto de los índices de desarrollo humano (IDH)
- Tasa de crecimiento de la población en el cantón

- Condición de aseguramiento y tipo de seguro social
- Fuerza laboral en el cantón
- Tasa de mortalidad respecto de una enfermedad específica (preferiblemente una actividad sensible en el cantón que luego se confronta con los indicadores de impacto).

Indicadores de entrada (insumos)

En este aspecto surge principalmente el tema de la recaudación y, por tanto, la estructura de la masa cotizante. Como se indica en el documento *10 medidas para comenzar a ordenar la CAJA*, es probable que los asalariados del sector público aporten más que el sector privado, ya que en muchas ocasiones hay evasión del pago. Por ello se pensó en indicadores tales como:

- Composición porcentual de la masa cotizante: porcentaje de la contribución de los asalariados del sector público, porcentaje contribución de los asalariados del sector privado, porcentaje de contribución de trabajadores por cuenta propia y porcentaje de contribución de las personas en otras condiciones (pensionados, seguro voluntario y otros)
- Tasa de crecimiento del presupuesto asignado a las unidades de salud (hospital, EBAIS)
- Tasa de crecimiento en infraestructura (en m²) destinada a la atención de pacientes

Indicadores de gestión (desempeño)

En esta sección podría generarse una larga lista de indicadores, relacionados con aspectos de la gestión y desempeño de la CCSS. No obstante, se identificó aquellos que podrían considerarse fundamentales. En primera instancia se estimaron los siguientes:

- Composición porcentual de la planilla: porcentaje destinado al pago de planilla ordinaria, porcentaje para pago de guardias y porcentaje para pago de disponibilidades
- Porcentaje de cumplimiento en la aplicación de controles de guardias y disponibilidades médicas

- Composición porcentual del presupuesto: porcentaje destinado a la atención de pacientes, porcentaje para pago de planilla, porcentaje para inversión, porcentaje para contratación de servicios externos y porcentaje para programas de salud preventiva
- Tasa de crecimiento de la atención de pacientes
- Tasa del crecimiento de la planilla ordinaria

Indicadores de salida (calidad)

Se pretende identificar los indicadores que mejor reflejen la calidad de la atención brindada. Un tema que necesariamente surge en este aspecto son “las listas de espera”. En esta sección se consideraron los siguientes indicadores:

- Tiempo promedio de espera (duración en días), según tipo de referencia: promedio de días para la realización de un examen, promedio de días para la atención con un especialista, promedio de días para conocer los resultados de un examen (diagnóstico)
- porcentaje de recetas que se despachan completas a los pacientes
- porcentaje de citas efectivas en consulta externa

Indicadores de impacto

Al final del proceso, el desempeño del sistema debe reflejarse en indicadores globales de la salud de los habitantes, para lo cual pueden tomarse en cuenta los siguientes indicadores:

- Tasa de mortalidad infantil
- Esperanza de vida al nacer
- Tasa de crecimiento de la mortalidad o prevalencia de la enfermedad (X), identificada en los indicadores de contexto

Los indicadores que finalmente resulten aprobados serían medidos para el cantón de Pérez Zeledón. A partir de esa experiencia podría evaluarse la inclusión de nuevos indicadores o cambios por otros indicadores que sean más pertinentes para evaluar los respectivos aspectos.

Operacionalización de los indicadores

Para realizar la medición de los indicadores propuestos, en la siguiente tabla se especifica la fórmula de cálculo o fuente de la cual pueden obtenerse los datos para cada uno de los 30 indicadores.

Tabla 2
Fórmula de cálculo y fuente de información para los indicadores propuestos

N°	Indicador	Fórmula de cálculo	Fuente*
Indicadores de contexto:			
1	Tasa de desempleo en la región	Según medición del INEC	INEC
2	Posición del cantón en el IDH	Según medición del PNUD	PNUD
3	Crecimiento de la población	Según medición del INEC	INEC
4	Condición de aseguramiento y tipo de seguro social	% de asegurados en cada condición de aseguramiento o tipo de seguro social	CCSS
5	Fuerza laboral en el cantón	Según medición del INEC	INEC
6	Tasa de mortalidad respecto de una enfermedad específica	Según medición del INEC	INEC
Indicadores de entrada (insumos):			
7	% contribución de los trabajadores del sector público en la masa cotizante	$\frac{\text{monto contribución sector público}}{\text{masa cotizante total}}$	*100 CCSS
8	% contribución de los trabajadores del sector privado en la masa cotizante	$\frac{\text{monto contribución sector privado}}{\text{masa cotizante total}}$	*100 CCSS
9	% contribución de personas con otras coberturas	$\frac{\text{monto contribución otras coberturas}}{\text{masa cotizante total}}$	*100 CCSS
10	Tasa de crecimiento del presupuesto asignado a las unidades de salud del cantón	$\frac{\text{Presupuesto año 2012} - \text{presupuesto año 2011}}{\text{Presupuesto año 2011}}$	CCSS
Indicadores de gestión (desempeño):			
11	% de la planilla destinado al pago de jornadas ordinarias	$\frac{\text{monto para pago de jornadas ordinarias}}{\text{monto total de la planilla}}$	*100 CCSS
12	% de la planilla destinado al pago de guardias	$\frac{\text{monto para pago de guardias}}{\text{monto total de la}}$	*100 CCSS
13	% de la planilla destinado al pago de disponibilidades	$\frac{\text{monto para pago de disponibilidades}}{\text{monto total de la}}$	*100 CCSS
14	% del presupuesto destinado a atención de pacientes	$\frac{\text{monto presupuesto para atención pacientes}}{\text{monto presupuesto}}$	*100 CCSS
15	% del presupuesto destinado al pago de planilla	$\frac{\text{monto presupuesto para pago de planilla}}{\text{monto presupuesto}}$	*100 CCSS

16	% del presupuesto destinado a inversiones	$\frac{\text{monto presupuesto para inversiones}}{\text{monto presupuesto}}$	*100	CCSS
17	% del presupuesto destinado a contratación de servicios externos de salud	$\frac{\text{monto para contratación servicios externos}}{\text{monto presupuesto}}$	*100	CCSS
18	% del presupuesto destinado a programas de salud preventiva	$\frac{\text{monto para programas salud preventiva}}{\text{monto presupuesto}}$	*100	CCSS
19	Tasa de crecimiento (variación porcentual) en la atención de pacientes	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes 2012} - \text{N}^\circ \text{ pacientes 2011}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes año 2011}}$	*100	CCSS
20	Tasa de crecimiento (variación porcentual) del monto de la planilla ordinaria	$\frac{\text{Planilla ordinaria 2012} - \text{Planilla ordinaria 2011}}{\text{Monto planilla ordinaria 2011}}$	*100	CCSS
21	% de crecimiento en infraestructura (m ²)	$\frac{\text{Metros cuadrados construidos en el 2012}}{\text{Área de construcción total (m}^2\text{) en el 2011}}$	*100	CCSS
Indicadores de salida (calidad):				
22	Tiempo promedio de espera para consultas con especialista	n° de días promedio entre la fecha en que se solicita la cita en el servicio correspondiente y la fecha asignada		CCSS
23	Tiempo promedio de espera para una cirugía	n° de días promedio entre la fecha en que se solicita la cirugía y la fecha asignada		CCSS
24	Tiempo promedio de espera para realización de un examen	n° de días promedio entre la fecha en que se solicita el examen y la fecha asignada		CCSS
25	Tiempo promedio de espera para conocer los resultados de exámenes (diagnóstico)	n° de días promedio entre la fecha en que se realiza los exámenes y la fecha asignada para dar los resultados		CCSS
26	% de recetas que se despachan completas	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de recetas despachadas completas}}{\text{n}^\circ \text{ total de recetas}}$	*100	CCSS
27	% de citas efectivas en consulta externa	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de citas efectivas (consultas realizadas)}}{\text{n}^\circ \text{ total de citas}}$	*100	CCSS
Indicadores de impacto:				
28	Tasa de mortalidad infantil	Según medición del INEC		INEC
29	Esperanza de vida al nacer	Según medición del INEC		INEC
30	Tasa de crecimiento (variación porcentual) de la enfermedad X	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos en el 2011} - \text{N}^\circ \text{ de casos 2012}}{\text{N}^\circ \text{ de casos en el 2011}}$	*100	CCSS

*/INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Fuente: elaboración propia.

Conclusiones

Es indiscutible la importancia que reviste la CCSS en relación con las condiciones de salud de las personas habitantes del país. Por ello, los problemas que enfrenta esta institución han despertado el interés de la ciudadanía, tanto por participar en el análisis y búsqueda de soluciones así como por reclamar

el derecho a recibir una atención adecuada en las clínicas y hospitales de la CCSS. La problemática descrita ha provocado que situaciones antes consideradas individuales, respecto de la atención que cada persona recibía en la CCSS, ahora se asumen como dificultades que afectan a cada comunidad y al país en general.

Sin embargo, es necesario contar con datos concretos y objetivos que permitan fundamentar, orientar y dar seguimiento a las necesidades y propuestas que surgen desde la sociedad civil. Por ende, un conjunto de indicadores ciudadanos de la seguridad social constituiría una herramienta muy útil para las organizaciones y demás actores sociales interesados en el tema, al darles la posibilidad de apoyar sus opiniones y preocupaciones en la medición de los problemas que les afecta.

En este documento se elaboró una propuesta para dichos indicadores, no obstante, en cada comunidad se identificarían los aspectos en relación con la CCSS que deben ser tratados en forma prioritaria y así definir los indicadores que consideren pertinentes.

En este orden de ideas, el proceso seguido con organizaciones del cantón de Pérez Zeledón, puede ofrecer algunas pistas para promover una mayor participación ciudadana en el monitoreo de la provisión de bienes y servicios públicos. Tal proceso ha sido posible a partir de poner en común intereses y voluntades favorecidas por el diálogo y el trabajo conjunto.

Si bien al inicio del proceso se identificaron opiniones encontradas acerca de la naturaleza, cantidad y formas de recolectar la información, gradualmente se avanzó hacia acuerdos sobre la cantidad de indicadores, así como la naturaleza del contenido de la información por medir. Este proceso evidenció que la sistematización de información objetiva sería una herramienta indispensable para calibrar la calidad de los servicios y la eficacia con la que se ejecutan las inversiones en los presupuestos públicos de la seguridad social en el cantón.

A la vez, se avanzó en la comprensión de la necesidad de contar con indicadores de naturaleza cuantitativa y cualitativa, de forma que con ello se pudiese obtener una imagen más nítida acerca de cómo las personas usuarias perciben los servicios que se brindan. Es pertinente señalar que en una primera parte de este ejercicio se avanzó en la construcción de indicadores cuantitativos, empero, se incluirán indicadores cualitativos en el futuro.

Debe afirmarse que el proceso de organización es valioso en sí mismo, en tanto favorece dinámicas de asociatividad en torno a intereses comunes, permite la cohesión y el empoderamiento respecto de demandas para la mejora en los procesos de ejecución de inversiones públicas.

Recomendaciones

Dentro de las estrategias indicadas en el documento *10 medidas para comenzar a ordenar la CCSS*, se indica la necesidad de propiciar la participación ciudadana en el seguimiento y evaluación de los servicios que brinda la CCSS. Para ello, en el mismo documento se recomienda la conformación de comisiones: nacionales y regionales, con representación de las diferentes instituciones, organizaciones y actores sociales de la región.

Asimismo, podría considerarse la creación de un observatorio de la seguridad social en el país, el cual debería ser impulsado por las cuatro universidades públicas y el patrocinio de CONARE, con el objetivo de brindar datos actualizados que permitan a las comisiones medir los indicadores y realizar las evaluaciones correspondientes; así como colaborar en la difusión de los resultados que se obtengan.

En el caso específico del cantón de Pérez Zeledón, se sugiere la consolidación de un observatorio de la seguridad social liderado por las universidades públicas presentes en el cantón, representantes de organizaciones sociales, cooperativas, organizaciones de productores y empleadores.

Una función de este Observatorio sería la depuración o mejoramiento de los indicadores propuestos, por medio de un análisis continuo con la asesoría de especialistas en el área y la sistematización de las opiniones y recomendaciones que surjan a partir de la mayor participación ciudadana.

Con la ejecución de estas iniciativas podría generarse un seguimiento efectivo a los servicios que brinda la CCSS, lo cual posibilitaría una actuación mejor planificada respecto de los problemas que enfrente.

Bibliografía

Carrillo, R., Martínez, J., Naranjo F. & Sauma, P. (2011). Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del seguro de salud de la CCSS. Recomendaciones para restablecer la sostenibilidad financiera del seguro de salud. Recuperado de <http://iis.ucr.ac.cr/archivosiis/sitio/docs/noticias/Informe%20comision%20de%20especialistas.pdf>

Caja Costarricense de Seguro Social. (2012). Entes fiscalizadores han ratificado legalidad en gerencia de pensiones. Recuperado de <http://foros.ccss.sa.cr/noticias/index.php/archivo> /

25-ccss/558-entes-fiscalizadores-han-ratificado-legalidad-
de-acciones-en-gerencia-de-pensiones

Camacho Monge, D. (2004). *El debate sobre los movimientos sociales, aquí y ahora*. Revista de Ciencias Sociales, año/vol. IV, número 106. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Cortina, A. (1997). *Ética aplicada y democracia radical*. Segunda edición. Madrid: Tecnos.

Cortina, A. (2000). *Diez palabras clave en filosofía política*. España: Editorial Verbo Divino.

Díaz. L. (2010, 15 de noviembre). CCSS requiere 1.200 especialistas médicos para cubrir necesidades. La Nación. Recuperado de <http://www.nacion.com/2010-11-15/EIPais/NotasSecundarias/EIPais2577856.aspx>

Díaz. L. (2012, 7 de noviembre). CCSS gastará el 40% de su presupuesto en salarios. La nación. Recuperado de <http://www.nacion.com/2012-11-07/EIPais/ccss-gastara-el-40--de-su-presupuesto-en-salarios.aspx>

10 medidas para comenzar a ordenar la Caja. (2012). [Documento elaborado por organizaciones y otros actores sociales en el cantón de Pérez Zeledón].

Durante, M. (2011, 23 de agosto). La CCSS: beneficios laborales y cuotas obrero-patronales. *La Nación*. Recuperado de <http://www.nacion.com/2011-08-23/Opinion/la-ccss--beneficios-laborales-y-cuotas-obrero-patronales.aspx>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2012). Encuesta Nacional de Hogares. Cifras básicas sobre fuerza de trabajo, pobreza e ingresos. Julio 2011. San José: INEC. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2008). Protección Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Sistema Universal y Sistema Interamericano. San José: IIDH.

Naciones Unidas. (1948). Declaración universal de los derechos humanos. Recuperado de <http://www.derechoshumanos.net/normativa/normas/1948-DeclaraciónUniversal.htm#texto>

Organización Panamericana de la Salud. (2011). Informe sobre el estado de situación financiera del seguro de salud de la Caja Costarricense del

Seguro Social. Recuperado de
<http://es.scribd.com/doc/60132590/Estado-de-Situación-Financiera-del-Seguro-de-Salud-de-la-CSS>

Rivera, E. (2011, 27 de julio). 10% de morosos concentra 75% de toda la deuda con la CCSS. *La Nación*. Recuperado de
<http://www.nacion.com/2011-07-27/Investigacion/10--de-morosos-concentra--75--de-toda-la-deuda-con-la-ccss.aspx>

Ugarte, M. (2011, 5 de julio). La caja no está en quiebra. *La Nación*. Recuperado de
<http://www.nacion.com/2011-07-05/Portada/CCSS-en-serio-apuro-para-cubrir-costos-de-atencion-medica.aspx>

Vargas Solís, L. P. (2002). *Costa Rica 1985-1997. Liberalización y Ajuste Estructural o la Autodestrucción del Neoliberalismo*. Costa Rica: EUNED.