

Artículo recibido:
22 de agosto del 2013
Evaluado:
26 de agosto del 2013
Aceptado:
9 de setiembre del 2013

Caja Costarricense de Seguro Social: variables internas que perpetúan la crisis

RESUMEN

En el presente artículo, se aborda la actual crisis en la cual se ve inmersa la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Se comienza por un breve recorrido desde que se creó la institución, y su evolución con el tiempo, para luego dar cuenta de los diversos informes y estudios que ponen en evidencia su panorama actual. Hecho esto, se señalan las variables que operan en su interior y que han sido identificadas como partícipes de la crisis -tanto en la generación como el mantenimiento de la misma-, a saber: los problemas relacionados con la liquidez del Seguro de Salud (SEM), la falta de rentabilidad del Régimen de Invalidez Vejez y Muerte (RIVM), los privilegios laborales ostentados por algunos funcionarios, y las decisiones de la alta gerencia de la institución.

PALABRAS CLAVE

Crisis de la CCSS, sostenibilidad financiera, seguridad social, dominancia social, biopoder

ABSTRACT

This article discusses the current crisis Costa Rican Social Security Fund (CCSS) undergoes. It starts with a short background of this institution and how it has evolved over the years paying attention to the different studies regarding its current condition. Having done this, it states the variables that have been pointed out as responsible for its crisis -both the origin and permanence of this crisis-. Having as reference points the following: The liquidity of the Health Insurance (Seguro de Salud, SEM), the low profitability of the Regime of Disability, Retirement and Death (Regimen de Invalidez, Vejez y Muerte, RIVM), the abuse of some privileges granted to few employees by the senior management and the decisions made by the high-up management.

KEY WORDS

CCSS crisis, financial sustainability, social security, social predominance, bio power

**Andrey
Badilla Solano**



**Pablo
Díaz González**

Investigador del Centro de Investigación en Cultura y Desarrollo (CICDE), Universidad Estatal a Distancia (UNED) de Costa Rica. Licenciado en Ciencias Políticas y estudiante de la maestría en Estudios Latinoamericanos con énfasis en cultura y desarrollo en el Instituto de Estudios Latinoamericanos de la Universidad Nacional de Costa Rica (UNA).
Correo electrónico: abadillas@uned.ac.cr

Egresado de la Licenciatura en Psicología por la Universidad de Costa Rica (UCR). Investigador del Centro de Investigación en Cultura y Desarrollo (CICDE) de la Universidad Estatal a Distancia (UNED) de Costa Rica.
Correo electrónico: pdiazg@uned.ac.cr

Caja Costarricense de Seguro Social: variables internas que perpetúan la crisis*

Debido a que la palabra crisis tiene un concepto multívoco y con diversas acepciones, antes de entrar en materia, consideramos necesario aclarar qué se entiende por crisis a lo largo de este escrito. Aquí, ésta concierne a la ocurrencia de uno o más sucesos que vienen a romper con la normalidad y lo cotidiano. Por esto, el significado de crisis tiene una naturaleza dual: puede ser positiva o negativa. Debido a tal característica, debemos precisar que la situación de la CCSS está ligada al carácter negativo de este concepto, pues lo que ocurre en ella es difícil, complicado y pone en riesgo la continuación de sus labores. En este punto, la crisis resulta cercana al colapso; pero este último, se refiere a un estado final de destrucción o ruina de una institución, aspecto que no corresponde con la situación de la CCSS.

* Este artículo pretende mostrar algunos hallazgos que se han ido dilucidando en la construcción de un proyecto de investigación sobre los orígenes de la crisis de la Caja Costarricense de Seguro Social, proyecto llevado a cabo por los autores en su labor como investigadores del Centro de Investigación en Cultura y Desarrollo (CICDE) de la Universidad Estatal a Distancia.

La CCSS es un logro central en las condiciones de salud de Costa Rica. Tiene la responsabilidad asignada por mandato constitucional de proporcionar, bajo los principios de universalidad, solidaridad e igualdad, los bienes y servicios que se requieren para cubrir las necesidades de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de todos los habitantes del país. Se fundó mediante la Ley Constitutiva N° 17 del 22 de octubre de 1943 y tras una serie de transformaciones, alcanza su constitución actual. En 1943, se modifica la Ley de creación de la CCSS, lo cual la transforma de una institución semiautónoma a una de tipo autónoma y se establece el sistema tripartito de financiamiento (Estado, patronos y 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.

El régimen de cobertura de la Caja ha tenido una evolución creciente. Tal y como nos señala Sáenz (2012, p.4), la cobertura alcanzó niveles de 47,2%, en 1970, a 91,9% en el año 2011. El Sistema de Enfermedad y Maternidad (SEM) es un régimen de reparto; núcleo central de atención a la población en la prevención de la enfermedad, atención en salud y acceso a los servicios necesarios para la maternidad. El SEM se financia en un 85% mediante las contribuciones de los trabajadores; está basado en aportes a un fondo común, desde el cual se financian el conjunto de servicios y de prestaciones de dinero, donde los trabajadores aportan según sus posibilidades y reciben de acuerdo con sus necesidades. Además, es un sistema que no tiene renta, sino que su funcionamiento depende exclusivamente de las aportaciones, por tanto, de su liquidez para hacerle frente a los compromisos que requieren atención.

En el año 2009, el SEM afronta una serie de atrasos en el pago de proveedores, así como un aumento sustantivo en el de remuneraciones y contrataciones. Esta tendencia continúa hasta el 2010, lo cual fue particularmente evidente en los pagos a los proveedores. En el 2011, ante las sospechas sobre la sostenibilidad financiera de la institución, la Junta Directiva de la Caja, mediante la resolución nº 8500 en el ARTÍCULO 8 del 1º de abril del 2011, le solicita a la Organización Panamericana de Salud (OPS) un informe sobre el estado de la situación financiera del Seguro de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social. A partir de los resultados del Informe de la OPS, la Junta Directiva de la CCSS acuerda en la sesión nº 8520 del 21 de julio, crear:

Un equipo de especialistas nacionales para “realizar un análisis integral de los resultados del Informe Técnico de los Especialistas de la Organización Panamericana de la Salud y valorar el alcance de los resultados de los escenarios presentados.”

Este equipo, conformado por Rafael Carrillo, Juliana Martínez, Fernando Naranjo y Pablo Sauma, emite el “Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del seguro social de la CCSS: Recomendaciones para restablecer la sostenibilidad financiera de la institución del seguro de salud” (comúnmente conocido como el Informe de los notables), el 29 de septiembre del 2011. A partir de este año, distintos medios nacionales se refieren a la situación de la Caja con el epíteto de Crisis de la CCSS.

Posterior a los resultados de los informes del 2011 (el de la OPS y el de los notables), en el año 2012, la Asamblea Legislativa conforma la “Comisión Especial que evaluará e investigará las causas, responsabilidades y responsa-

bles de los problemas de la Caja Costarricense del Seguro Social y propondrá las soluciones y los correctivos necesarios para que ésta cumpla los objetivos constitucionales asignados” (conocido como el Informe de Mayoría). De igual forma, surge el Informe de Minoría, a cargo de los diputados del Partido Acción Ciudadana (PAC), Carmen Granados y Gustavo Arias (ambos informes bajo el expediente 18201 de octubre del 2012 de la Asamblea Legislativa de Costa Rica). De manera paralela, un grupo de organizaciones, entre las cuales participan la Asociación Nacional de Empleados Públicos y Privados (ANEP), el Sindicato Nacional de Enfermeros y Enfermeras (SINAES), la Unión de Productores Independientes y Asuntos Varios (UPIAV) de Pérez Zeledón, el Centro de Investigación en Cultura y Desarrollo (CICDE) de la Universidad Estatal a Distancia y otros, elaboran el documento *Diez medidas para comenzar a ordenar la Caja* del año 2012. Sumado a lo anterior, surgen otros trabajos como los de Sáenz (2012), y los de Badilla, Bermúdez y Gatica (2012), los cuales son aportes de interés para comprender la crisis de la institución, así como para delimitar el alcance de la situación de la Caja.

Comprendido el panorama de la Caja como una situación de crisis, y ante el énfasis colocado por el informe de la OPS y de los “Notables”, nos centramos en categorizar aquellas variables partícipes en la crisis de la institución. Ambos informes son enfáticos en la existencia de un déficit de liquidez acumulado en la CCSS; se entiende este como la incapacidad de transformar, en corto plazo, los recursos de los que dispone la institución en efectivo. Esto se reconoce estrechamente relacionado con la capacidad de pago de las obligaciones de corto plazo (salarios, compras de fármacos y servicios básicos), lo cual mantiene, a su vez, relación directa con los niveles de endeudamiento de corto y largo plazo. Por otra parte, los problemas relacionados con la liquidez del SEM constituyen una parte significativa del problema; no obstante, no lo explican en su totalidad, pues se ven involucradas otras situaciones de índole político y social. Ante tal panorama, se evidencia la necesidad de abordar la crisis de la institución como un problema complejo:

se dice que [un objeto de estudio] es complejo en la medida misma en que no puede ser reducido -física, matemática, biológica, metodológicamente, o en cualquier otro sentido- a un solo rasgo y atributos y, por el contrario, se requiere del aporte de varias ciencias y disciplinas para entenderlo y explicarlo (Maldonado, 2013, pp.28-29).

[Un problema complejo] es aquel que se encuentra en un entramado de relaciones y conexiones de tal índole que su comportamiento y sus atributos son concomitantes con el entorno en el que

se encuentra y con las relaciones, contiguas y mediatas, que tiene con los elementos y partes del entorno considerado (p.38).

La crisis de la CCSS es un fenómeno complejo, cuya comprensión no se puede alcanzar mediante el estudio sistémico y fragmentado de las variables participantes, pero puede ser entendido a partir de categorías analíticas que engloban algunas de las variables más relevantes. En el caso de este artículo, nos dedicaremos a exponer únicamente las variables que operan a lo interno de la institución; se dejará para un futuro escrito aquellas inmersas en un contexto más amplio y que también tengan influencia sobre la actual crisis de la CCSS. Por esto, las acá expuestas serán las relacionadas con: 1) la liquidez del SEM, 2) la rentabilidad del Régimen de Invalidez Vejez y Muerte (RIVM), 3) los privilegios laborales adquiridos (entendidos como aquellas ventajas exclusivas que se conceden en detrimento de los principios de igualdad y equidad de los trabajadores), y 4) decisiones de la alta gerencia (aquellas tendientes a debilitar la institución, ya sea a través de falta de fiscalización en las compras y en los controles administrativos, o bien mediante decisiones de carácter político que generan vulnerabilidad en la institución).

Variables relacionadas con la liquidez

Las variables que participan en la crisis de liquidez de la institución son numerosas. La liquidez es vital para cumplir con las obligaciones a corto plazo, como las compras y el pago de salarios. Por otra parte, tiene una relación directa con los niveles de endeudamiento de la institución, a la vez es una de las áreas más sensibles en la percepción que posee la población en general sobre la coyuntura.

El SEM no tiene renta, así que depende de sus propios recursos para hacerles frente a todos sus compromisos. Esto lo logra a partir de las aportaciones que recibe, las cuales se hallan financiadas en un 85% por las contribuciones de los trabajadores a un fondo común, de manera universal y solidaria. En este sentido, podemos señalar las siguientes circunstancias centrales, directamente relacionadas con los problemas de liquidez de la institución, en esta dimensión de la crisis:

- **Morosidad:** el 10% de los morosos concentra el 75% de la deuda con la CCSS. Son aproximadamente 6.113 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. Sin embargo, el principal deudor de la CCSS, con un monto aproximado de ₡430.000 millones, es el Estado costarricense.

- La problemática estructural del desempleo y el aumento del empleo informal: según datos del Estado de la Nación, el desempleo pasó de 6,4% en el 2005 a un 10,4% en el segundo trimestre del 2013 (INEC, 2013); y, con base en información del Observatorio de las Tendencias del Mercado Laboral del Ministerio de Trabajo, el sector informal representa el 26,7% de la fuerza de trabajo de Costa Rica, lo que en términos absolutos equivale a 577 mil personas que se desempeñan en este sector, de las cuales 275 mil son mujeres y 302 mil, hombres.
- La población no asegurada: la categoría de “no asegurado” está constituida por personas con capacidad de pago, pero que deciden separarse del régimen de la Caja. Sáenz (2012) señala al respecto: “En relación con la universalidad, el hecho perverso de que la misma CCSS establezca una categoría de ‘no asegurado’ en el Reglamento de Seguro Social, definido en la praxis como aquellas personas con capacidad de pago que deciden no contribuir, advierte un riesgo en los principios de solidaridad y universalidad del sistema, en momentos cuando son necesarias nuevas fuentes de financiamiento frente a escenarios de una menor PEA” (p.10).
- Asegurados independientes: “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” (Carrillo et al., 2011, p. 11). Lo anterior significa que hay un portillo para la subaportación, mediante las declaraciones de ingreso por parte de los trabajadores independientes, voluntarios y los profesionales voluntarios.
- Subaportación Estatal: los principios rectores del sistema de seguridad social costarricense son la universalidad, solidaridad y equidad; sin embargo, existe una ruptura de estos en la interpretación que hace el Estado costarricense con respecto a las obligaciones adquiridas en la ley de indigencia (Ley N° 7374 de Préstamo BID Programa Servicios Salud y Construcción Hospital Alajuela):

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

sólo 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 (Carrillo, et al., 2011, p. 79).

De lo anterior, se desprende que existe una ruptura en los principios de solidaridad y universalidad, el primero a partir del sub-registro de la población indigente que le permite al Estado disminuir su aportación y el segundo por la categoría de “no asegurado”, a lo cual debemos sumarle la morosidad, el desempleo y la informalidad. En esta misma línea, nuevamente Sáenz nos advierte que:

el mismo Estado cuestiona la solidaridad, retrasando los pagos como empleador y en su función de protección de los más pobres, lo que ha llevado a una acumulación de deudas que a marzo del 2011 sumaba ₡421.276 millones de colones; pagos que además deben hacerse en efectivo y a tiempo y no como convenios de alivio de deuda; sin menospreciar el hecho de que 75% de la deuda permanecen sin formalización de pago (2012, p.355).

Variables relacionadas con la rentabilidad del RIVM

El Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM) es un sistema de pensiones adscrito a la CCSS en el cual, a partir de las aportaciones de los trabajadores, sus beneficiarios (los mismos trabajadores) pueden acceder a una pensión para jubilarse, tras haber aportado durante una determinada cantidad de años o de un número de cuotas. Al constituirse las aportaciones de los trabajadores un depósito a plazo, estas pueden ser invertidas para aumentar la renta del régimen.

Por otra parte, aunque las transferencias de fondos directamente del RIVM hacia el SEM no son permitidas, sí se permite que éste pueda comprar los bonos con que el Estado le paga su deuda a la CCSS. Las transacciones entre el SEM y el RIVM son válidas según las Normas Internacionales de Con-

tabilidad, y la Contraloría General de la República las ha permitido siempre y cuando se realicen 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 de pago al SEM, deben ser vendidos en el mercado de valores de Costa Rica y el RIVM puede comprarlos, lo que resulta en una forma indirecta de transferir liquidez del RIVM hacia el SEM. Sin embargo, la compra de los títulos valores se realiza sin esperar la puja en el mercado, lo cual representa una pérdida de rentabilidad para el RIVM.

Sumado a la afectación de la rentabilidad, el RIVM enfrenta tanto un desbalance actuarial como una disminución de sus ingresos por la evasión. Con respecto a esto María Siu señala:

El IVM cubre a la mayor parte de los asalariados del país, así como a trabajadores independientes y asegurados voluntarios. Para la Superintendencia de Pensiones (SUPEN), éste requiere de ajustes

para evitar su inminente quiebra, pues la última cifra estimada por la misma CCSS indica que hay un desbalance actuarial superior a \$40 000 millones.

La evasión en pensiones rondó los 223 mil millones de colones, lo que representa cerca de un punto del Producto Interno Bruto (PIB). La Contraloría General de la República en su informe anual, menciona que si bien el porcentaje ha presentado una disminución en los últimos 10 años, hay un porcentaje importante de evasión. El coeficiente promedio para asalariados es del 18,5%, mientras que en el caso de los trabajadores independientes se acerca al 70% (2013).

Privilegios laborales adquiridos

Por privilegios laborales adquiridos entendemos aquellas ventajas exclusivas que se conceden en detrimento de los principios de igualdad y equidad de los trabajadores. Por ejemplo: el pago del 100% de los salarios durante incapacidad, 20 años de cesantía, el pago sin fiscalización de la dedicación exclusiva y la falta de controles en el cumplimiento de la jornada de trabajo. Al respecto, Durante (2011) nos advierte que:

la normativa interna de la CCSS permite pagarles un subsidio del 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 del 60%, asimismo cuentan con un tope de cesantía de 20 años, mientras que el resto de los trabajadores sólo están protegidos por 8 años.

Este cambio en el tope de la cesantía se dio en el 2008 por aprobación de la Junta Directiva de la CCSS y fue sufriendo incrementos paulatinos en la cantidad de años:

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 (Carrillo et al., 2011, p. 25).

Sumado a lo anterior, el Informe de los Notables señala una serie de condiciones favorables en el campo de las remuneraciones (Carrillo et al., 2011), por ejemplo, el pago por dedicación exclusiva que se da en forma general a todos los profesionales, el cual se constituye en un complemento salarial encubierto. Asimismo, los gastos por remuneraciones representan sumas considerables que deben ser examinadas, pues la mayor parte corresponde al pago de horas extras y guardias, mientras que una suma menor, al pago del salario base, anualidades e incentivo por carrera. En la tabla 1, se presenta la composición del salario promedio de los 100 trabajadores de la CCSS que devengan mayores salarios; estos se reparten más de 7 mil millones de colones; el rubro de pagos extraordinarios es el de mayor importancia, pues representa el 57% del total.

Otra condición que amerita ser analizada es la inexistencia de una regulación explícita de la práctica médica pública y privada simultánea (cuando los horarios de estas no entran en conflicto). Si bien esta condición no representa ninguna ilegalidad, propicia que los pacientes en listas de espera sean referidos a los consultorios médicos privados o bien paguen biombos¹, 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 las personas en lista de espera.

1. Pagos ilegales para la realización de tratamientos médicos u operaciones en los hospitales pertenecientes a la Caja Costarricense de Seguro Social.

Tabla 1
Composición del salario promedio mensual estimado a partir del promedio anual 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	1.216.746	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 Personal.

La falta de control del horario de trabajo es otro punto que menoscaba la igualdad laboral. El incumplimiento del horario de trabajo es una constante en la prestación de servicios de la Caja, así lo evidencia la Auditoría Interna de la CCSS al señalar que: “50 mil trabajadores, de los cuales un grupo no determinado disfruta de la exoneración de asistencia y puntualidad, siendo un beneficio establecido como reconocimiento por las labores realizadas por los funcionarios con más de 20 años de servicio” (Informe de Auditoría Interna, CCSS, 13 de diciembre 2012); esto se encuentra en total detrimento de los principios de solidaridad y servicio a los usuarios. En este mismo informe, se observa una incidencia sistemática y considerable en llegadas tardías, así como ausentismo injustificado, sin la aplicación de sanciones ni las deducciones correspondientes, tanto de funcionarios operativos como profesionales en ciencias médicas y jefaturas.

En la circular 020016 de la CCSS sobre “Exoneración, marca de asistencia y puntualidad” con fecha del 16 de agosto de 2001 enviada por las Gerencias Administrativa, Médica, Financiera, de Operaciones, de Pensiones y de Modernización y Desarrollo, se señala:

La exoneración de marca es un beneficio que la institución concede y se les mantiene a aquellos funcionarios(as) que hagan buen uso de este privilegio (...) para lo cual será responsabilidad de cada jefatura establecer los sistemas de control pertinentes. Cuando el uso del beneficio sea desvirtuado por el funcionario(a) con una conducta de impuntualidad o ausentismo acentuado, o bien, cuando las necesidades del servicio así lo demanden, la institución tiene la facultad discrecional de exigir nuevamente el control de marca.

Así, se evidencia que la conducta expresada por los funcionarios exonerados de marca de horario obedece a vacíos normativos, ineficiencia de las jefaturas y ausencia de controles efectivos. Esto ha permitido el incumplimiento de la hora de entrada y salida, y el ausentismo.

Tal ausencia de control con el cumplimiento de horarios guarda una estrecha relación con la nula regulación de la práctica médica pública y privada que se realiza de manera simultánea. Si bien esta práctica no es un acto ilegal (mientras los horarios de estas no coincidan), pues no existen lineamientos institucionales por parte de la CCSS que la prohíban ni regulen, sí puede generar conflictos de intereses; los cuales pueden verse reflejados en incumplimientos de horarios de trabajo, biombos y alteraciones de las listas de espera. Recordemos el caso mencionado por el diario digital CrHoy.com (13 de junio, 2013) sobre una denuncia hecha a un médico, quien se dice abandonaba su puesto de trabajo 3 horas antes, para atender en la Clínica Jerusalén; además, lleva a sus propios pacientes al Hospital México para atenderlos con equipo del hospital y se salta la lista de espera, para luego cobrarles una suma de dinero por la atención brindada. Casos como este, en primer lugar, se evitarían con un mayor control por parte de las jefaturas, en segundo lugar, muestran la negligencia, o quizá complicidad, por parte de estas.

Con el fin de generar una aproximación a las implicaciones de una práctica médica pública y privada simultánea, se tomaron las listas de médicos especialistas de las tres clínicas privadas más grandes del país (Hospital Clínica Bíblica, Hospital CIMA y Hospital Clínica Católica) y se compararon con la planilla de los de la CCSS, actualizada en enero del 2013 (5.834 médicos), para generar una base de datos. En las tres clínicas privadas, hay un total de 704 médicos, de los cuales 283 (40,19%) trabajan al mismo tiempo para la CCSS. En la tabla 2, mostramos la frecuencia y el porcentaje de aquellos que laboran de manera simultánea para estos tres hospitales y para el sector público.

Tabla 2
Médicos que trabajan en el sector pública y privado según clínica privada

Clínica	Frecuencia	Porcentaje
CIMA	111	39,22
Clínica Bíblica	91	32,15
Clínica Católica	81	28,62
Total	283	100,00

Fuente: elaboración propia.

Como se mencionó, no existe ningún incumplimiento de normas de dichos médicos al ejercer en la clínica pública y privada al mismo tiempo, pues no existe regulación alguna que lo prohíba. No obstante, de manera solapada podrían estarse dando conflictos de intereses. Esto debido a que la mala gestión por parte de las jefaturas y el incumplimiento de horarios, en el cual muchos funcionarios incurren, abren un portillo para que se utilicen el tiempo, los recursos materiales y otros insumos de la CCSS en labores pertenecientes a la clínica privada; en consecuencia, podría hacerse uso de los bienes públicos para un beneficio personal.

Otro privilegio laboral, el cual lo goza exclusivamente el personal que trabaja en la prestación de servicios médicos (enfermeros, laboratoristas, farmacéuticos, etcétera), es el enganche del aumento salarial con respecto a los aumentos de los demás funcionarios. La ley 6836 de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas, en su ARTÍCULO 12 reza:

Cada vez que se efectúe un aumento general de salarios para los empleados o funcionarios públicos del Gobierno Central, incluso por incentivos generales o aumentos de carácter general, que no se integren a la base salarial, las personas profesionales en Ciencias Médicas, con grado académico de Licenciatura o uno superior, tendrán como mínimo un aumento porcentual, igual al porcentaje en que aumentó el salario promedio de los empleados y funcionarios públicos.

En palabras sencillas, cada vez que los funcionarios de algún sector (los policías, por ejemplo) reciban un aumento porcentual en su salario, los médicos

del sector público recibirán un aumento salarial igual a dicho porcentaje. Esta normativa es desmedida, ya que no tiene justificante alguno, y es un claro ejemplo de ruptura en los principios de igualdad y equidad de los trabajadores.

Los galenos y la dominancia social

Pero, ¿cómo se justifica esta desproporción de privilegios con respecto a los de otros funcionarios públicos? Esta pregunta es muy interesante, ya que es la misma sociedad la que legitima que algunos grupos sean merecedores de mayor prestigio y poder mediante ideologías de dominación, que permiten y justifican la existencia de jerarquías entre grupos “dominantes” y “dominados”.

En la teoría de campo de Bourdieu, se plantea la existencia de capitales comunes así como una lucha por su apropiación. Esto propicia una jerarquización entre aquellos que detentan estos capitales y quienes aspiran a tenerlos. Para Bourdieu (1997), la tenencia de estos capitales otorga una suerte de poder a los diferentes grupos, donde algunos de estos capitales pueden ser alcanzados, en mayor o menor medida, por méritos propios o por herencia.

Partiendo de acá, la salud pública puede ser vista como un campo que posee una doble dimensión: la primera, la de un campo científico, al poseer características de un campo de producción de conocimiento y prácticas técnicas; y la segunda, la de un campo político, ya que se da una actividad política con el fin de transformar la salud pública.

Por ende, para aplicar la visión de Bourdieu en la salud pública, es necesario comprenderla como resultado de la interacción de relaciones sociales y de luchas en un campo específico, que es a la vez tanto político como científico, y en el cual intervienen simultáneamente agentes científicos y actores socio-políticos, los cuales actúan de acuerdo con sus intereses científicos, políticos, económicos, sociales, personales e ideológicos, con el fin de lograr la obtención de un capital material y, más importante aún, uno simbólico. Este capital simbólico se compone tanto de las concepciones sobre la salud y la enfermedad, y la capacidad técnica de intervención sobre ellas, como por el prestigio y el poder que el control político de dicho saber y técnica producen.

Acorde con esto, en el campo de la salud pública, los médicos debido a su gran capacidad técnica y científica (capital académico), han alcanzado mayor

prestigio y poder (capital político); en consecuencia, son quienes acumulan mayor capital simbólico en este campo.

Por su parte, la teoría de la dominancia social (TDS) también hace referencia a este proceso, mediante el cual se legitiman jerarquías sociales, ya sea a través del estatus o bien del poder. Esta es la función de las relaciones de desigualdad social que sostienen las condiciones jerárquicas de dominantes y dominados/subordinados. Así, esta teoría demuestra que la legitimación de ideologías obtiene su fuerza por su función para justificar relaciones sociales de inequidad no solo en el pensar de los grupos dominantes, sino también (quizá aún más importante) en el pensar de los grupos subordinados (Sidanius et al., 2004, p.867).

Culturalmente, las ideologías tienden a asignar mayores recursos a determinados grupos (culturales, simbólicos, económicos o políticos) y colocarlos en posiciones hegemónicas; en consecuencia, los grupos hegemónicos procuran luchar por mantener las jerarquías del statu quo. La teoría de la dominancia social enfatiza que los medios para lograr legitimación, prestigio y sentido de pertenencia difieren entre los miembros de los grupos dominantes y los de los grupos subordinados, debido a que estos últimos no han sido legitimados de igual manera por las ideologías culturales y mantienen diferentes cantidades de poder (Sidanius, 2004, p.864).

Ambas teorías, nos sirven para entender cómo el gremio de los galenos se halla en una posición de dominación reconocida cultural e ideológicamente, de esta manera se establece una relación de dominancia sobre el resto de la sociedad costarricense. Sin embargo, tal condición no se debe únicamente a un reconocimiento cultural entorno a la posición de los médicos, sino también a que el ejercicio de la práctica de la ciencias de la salud es un ejercicio de control sobre el cuerpo, donde quienes lo practican ostentan un poder sobre la salud y la enfermedad, la vida y la muerte: lo que Foucault ha denominado biopoder (1997).

Este biopoder emana, sin lugar a dudas, de haber alcanzado un capital académico importante. Para obtener un título de medicina, por lo menos en centros de formación acreditados, se debe adquirir un conjunto de conocimientos vasto y complicado. Además, este gremio es de los que más desarrollan una formación permanente. El capital simbólico ostentado por los médicos les permite la obtención de un capital económico comparativamente mayor. Por ello, la sociedad ha visto como normal que alguien dedicado a la medicina tenga una buena remuneración. Lo cual parece justo, pues la buena remuneración junto con el capital simbólico adquirido, han permitido que un buen número de personas haya logrado una movilidad social, al menos, si se analiza en términos de capacidad de ingreso y consumo.

El problema real se da cuando se utiliza esa serie de capitales (académico, económico, político y, en consecuencia, simbólico) para aumentar la brecha jerárquica entre el grupo dominante y el subordinado, por tanto, se crea un discurso para justificar la adquisición de mayores beneficios en comparación con los de otros grupos. Siguiendo la TDS, se observa que las instituciones o individuos con poder otorgan beneficios de forma desproporcionada (prestigio, poder, bienes) a los miembros de los grupos dominantes; esto además de ser bien visto, es legitimado por la sociedad (Sidanius et al., 2004). Como consecuencia de este consenso social de legitimación, los miembros de los grupos con más poder tienen conductas que favorecen en mayor medida a sus propios intereses, que a los grupos con menos poder. Bajo esta lógica, la sociedad misma justifica y apoya los beneficios desmedidos, en comparación con el resto de los trabajadores, de los que gozan los funcionarios de la CCSS.

Alta gerencia

En el informe de la Organización Panamericana de la Salud y en el de los Notables, se señala a la Contraloría General de la República como responsable de la disminución del aporte en el segmento “Asegurados por parte del Estado”, específicamente, en el caso de las obligaciones adquiridas a través de la Ley de Indigencia. No obstante este señalamiento, un examen minucioso de la información obtenida en el Convenio entre El Ministerio de Hacienda y la Caja Costarricense de Seguro Social para el pago de la Deuda Estatal con la Caja Costarricense de Seguro Social (2007), revela que esto (la nueva metodología para el cálculo del costo del Programa de Asegurados por parte del Estado) fue decisión de la Junta Directiva de la CCSS. En el punto 12 de dicho convenio, se indica lo siguiente:

Que mediante oficio N° 31.151 del 17 de julio del 2007 la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social le informó a la Contraloría General de la República sobre: 1) La aprobación de que la metodología empleada para el cálculo del costo del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado, a partir del año 2004, se sustente en la población en condición de pobreza efectivamente registrada en el Seguro de Salud y no en estimaciones generadas a partir de la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples.

Asimismo, es posible ver en el oficio en mención cómo la Gerencia de la División Financiera es quien lanza la propuesta a la Junta Directiva, al expresar en el apartado número 4, titulado Recomendaciones, lo siguiente:

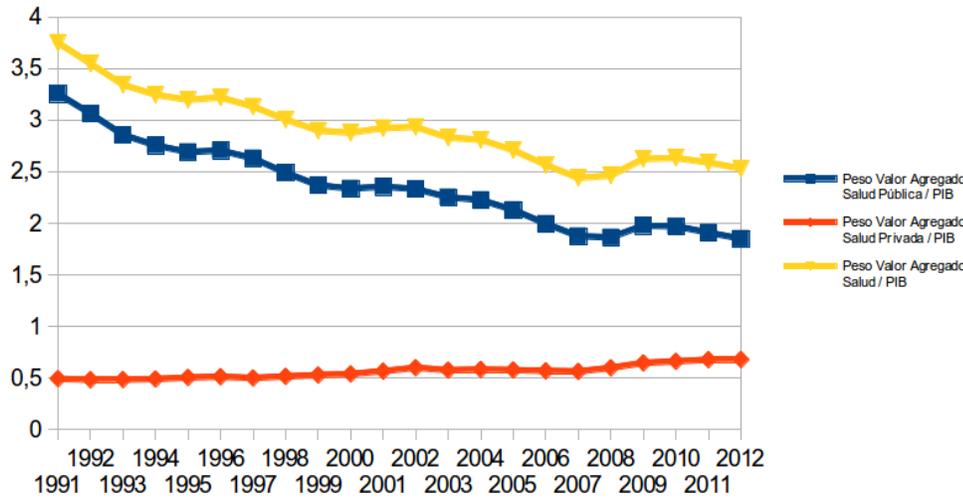
Aprobar que la metodología empleada para el cálculo del costo del Programa de Asegurados por Cuenta del Estado, a partir del 2004, se sustente en la población en condición de pobreza, efectivamente registrada en el Seguro de Salud y no en las estimaciones generadas a partir de la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples.

Así, se nota que la Gerencia de División Financiera fue quien lanzó la recomendación mencionada y la Junta Directiva de la CCSS fue la responsable directa de aprobar esta metodología de aportación estatal, basada en la población en pobreza efectivamente registrada en el sistema del Seguro de Salud, y no a partir del total estimado de los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Esto constituye una ruptura al principio de solidaridad y universalidad de prestación de servicios, así como una disminución muy significativa de los ingresos de la CCSS, pues permite al Estado disminuir el tamaño de su deuda significativamente.

Reflexiones finales

En este escrito hemos presentado algunas de las variables analíticas que participan en la crisis de la CCSS. Sin embargo, aunque estas forman parte y tienen un grado de relación directa con la crisis, la situación ha de entenderse como un proceso histórico de debilitamiento y precarización de la institución, el cual se evidencia en el peso del valor agregado del PIB del sector público y privado de salud. Así, en el periodo comprendido entre 1991 y el 2012, el sector público pasa del 3,3% del PIB hasta el 1,9%, mientras que el sector privado pasa del 0,5% en 1991 a 0,7% en el 2012. En el gráfico 1, presentamos el peso del valor agregado del sector salud al PIB durante ese lapso.

Gráfico 1
Peso del valor agregado del sector salud al PIB durante el periodo 1991-2012, público, privado y total



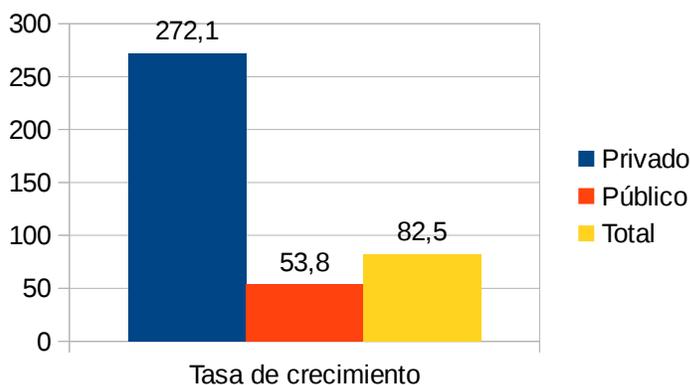
Fuente: elaboración propia con base en datos del BCCR.

En el gráfico 2, se muestra la tasa de crecimiento del peso del valor agregado del sector salud público y privado, en el periodo 1991-2012. Si bien el sector privado se acerca al 1% del PIB, su crecimiento ha sido 5 veces mayor al del público. Esta información resulta importante, pues nos permite identificar la tendencia decreciente del sector público y creciente del privado; lo cual pareciera señalarnos que este último empieza a captar una mayor cantidad de usuarios del sector salud, debido al deterioro en las condiciones de atención en el sector público.

Esto nos lleva hacia una distinción ontológica fundamental en la prestación de atención pública y privada de la salud: mientras la primera trata de ofrecer atención y prevención en salud mediante los principios de universalidad y solidaridad, la segunda lucra con la enfermedad. Lo que nos hace pensar en quiénes son los ganadores y perdedores con el debilitamiento de la institución.



Gráfico 2
Tasa de crecimiento del peso del valor agregado por sector en el periodo 1991-2012



Fuente: elaboración propia con base en datos del BCCR.

Recordemos que la salud constituye un derecho constitucional manifiesto en los ARTÍCULOS 46, 73 y 177 de la Constitución Política de Costa Rica:

ARTÍCULO 46: (...) Los consumidores y usuarios tienen derecho a la protección de su salud, ambiente, seguridad e intereses económicos; a recibir información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a un trato equitativo. El Estado apoyará los organismos que ellos constituyan para la defensa de sus derechos. La ley regulará esas materias.

ARTÍCULO 73: Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine. La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social.

ARTÍCULO 177: (...) Para lograr la universalización de los seguros sociales y garantizar cumplidamente el pago de la contribución del Estado como tal y como patrono, se crearán a favor de la Caja Costarricense del Seguro Social rentas suficientes y calculadas en tal forma que cubran las necesidades actuales y futuras de la Institución. Si se produjere un déficit por insuficiencia de esas rentas, el Estado lo asumirá, para lo cual el Poder Ejecutivo deberá incluir en su próximo proyecto de presupuesto la partida respectiva que le determine como necesaria la citada institución para cubrir la totalidad de las cuotas del Estado.

Tal y como se desprende de los artículos citados, es innegable la obligatoriedad que tiene el Estado costarricense de velar por la salud de las personas a través de la universalización de los seguros sociales y de la contribución forzosa del Estado, los patronos y la población trabajadora, la cual constituye la base y el pilar de los recursos de la Caja, así como de las funciones que debe cumplir. En otras palabras, la salud es un derecho manifiesto constitucionalmente y también un derecho humano, cuyas responsabilidades materiales recaen sobre la CCSS y el Ministerio de Salud.

Asimismo, el ARTÍCULO 177 es claro al afirmar que: “si se produce un déficit por insuficiencia de rentas el Estado lo asumirá”, lo cual deviene contradictorio en tanto el Estado costarricense es el principal responsable por los problemas de liquidez que afectan al SEM. Por último, al ser la salud un derecho humano, adquiere la condición de norma superior, incluso sobre la constitución. Así las cosas, el Estado costarricense debe velar por la protección y la promoción de la salud como derecho, para esto es de vital importancia impedir el debilitamiento que sufre la institución.

Bibliografía

Badilla, A., Bermúdez, L. y Gatica, G. (2012). Indicadores ciudadanos de la seguridad social en Costa Rica: propuesta para el cantón de Pérez Zeledón. *Revista Rupturas*, 2(2), 364-390.

Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.

Carrillo, F., Martínez, J., Naranjo, F. y 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.

CCSS. (2011). Informe sobre cuentas por cobrar en la Caja Costarricense de Seguro Social. División de Fiscalización Operativa y Evaluativa.

CCSS. (2012). Estudio especial sobre la evaluación de las medidas de control para garantizar un cumplimiento efectivo de horarios en la institución. Informe de Auditoría Interna.

Centro de Investigación en Cultura y Desarrollo. (2013). Recuperado de <http://www.investiga.uned.ac.cr/cicde/>

Céspedes, W., Villalobos, S., Pérez, A., Delgado, C., Pérez, P. y Chaves, R. (2012, octubre). Informe de mayoría Comisión Especial de la CCSS: Reconstitución del pacto social costarricense con la seguridad social. Asamblea Legislativa de Costa Rica, expediente 18201.

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>

Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad*. Madrid: Siglo XXI.

Granados, C. y Arias, G. (2012, octubre 2). Informe minoría PAC. Asamblea Legislativa de Costa Rica, expediente 18201.

Hering, D. y Alfaro, G. (2007, 27 de julio). Convenio entre el Ministerio de Hacienda y la Caja Costarricense de Seguro Social para el pago de la deuda Estatal con la Caja Costarricense de Seguro Social.

ILCO, CEYECR, CICDE, UPIAV, UPANACIONAL, et al. (2012, mayo 4). Informe de las 10 medidas para ordenar la Caja Costarricense de Seguro Social.

Ley de incentivos a los profesionales en Ciencias Médicas (1982, 22 de diciembre) Ley 6836. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Maldonado, C. (2013). *Significado e impacto social de las ciencias de la complejidad*. Colombia: Desde Abajo.

Organización Panamericana de la Salud. (2011, julio 12). Informe sobre el estado de situación financiera del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Rabinowitz, J. (1999). Go with the flow or fight the power? The interactive effects of social dominance orientation and perceived injustice on support for the status quo. *International Society of Political Psychology*, 20(1), 1-24.

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>

Sáenz, M. (2012). Cobertura universal ¿sueño o utopía? El caso de Costa Rica. *Revista Rupturas*, 2(2), 343-363.

Sidanius, J. Pratto, F. Van Laar, C. Levin, S. (2004). Social dominance Theory: Its agenda and method. *International Society of Political Psychology*, 25(6), 845-860.

Siu, M. (2013, 7 de mayo). CCSS asumirá costo de estudio sobre sostenibilidad del IVM. *CRHoy.com*. Disponible en: <http://www.crhoy.com/ccss-asumira-costo-de-estudio-sobre-sostenibilidad-del-ivm/>

Solto, J. (2013, 13 de junio). Denuncian a especialista de cardiología por supuesto "biombo". *CRHoy.com*. Disponible en: <http://www.crhoy.com/diputado-denuncia-a-especialista-de-cardiologia-por-supuesto-biombo/>