

**SEMANARIO
UNIVERSIDAD**

opinión

Opinión

La CCSS y el embate al pacto social costarricense en el campo de la salud

Por Rocío Sáenz y Ana Sojo
29 enero, 2024

Como subraya Branco Milanovic, la reducción de la desigualdad en el siglo XX fue, paradójicamente, el colofón de procesos que la propia desigualdad había contribuido a generar, tales como guerras, conflictos sociales y revoluciones. No en vano, el Informe Beveridge de Gran Bretaña, que posteriormente influyó en la consolidación de los Estados de bienestar financiados con recursos fiscales, fue difundido por la radio BBC en la Europa ocupada y en los Estados Unidos, escuchado en las trincheras y en las industrias que suplían municiones, conversado en los refugios antiaéreos compartidos por personas de diversas condiciones socioeconómicas, y se transformó en un “importante testamento internacional, no tanto por lo que efectivamente hizo por Gran Bretaña, sino por lo que postuló que podían hacer los gobiernos del mundo desarrollado” (Abel-Smith).

En Costa Rica, reformas sociales que abarcaron la seguridad social fueron emprendidas desde la década de los cuarenta, y su vigencia fue parte de los acuerdos entre fuerzas políticas en pugna, que permitieron

dar fin a la guerra civil de 1948. Por más de ochenta años, la estatura del liderazgo político del país se ha expresado en dar continuidad y consolidar la seguridad social encarnada por la CCSS, entidad de diseño contributivo de origen, que más tarde se complementó con un régimen no contributivo y que, en el caso de la salud, introdujo prestaciones de salud análogas para las personas más vulnerables. Se logró también transitar hacia una separación de funciones entre el Ministerio de Salud y la Caja, y en los años noventa los EB AIS -que tenían como antecedentes los programas de extensión de cobertura y el hospital sin paredes- permitieron dar un salto a lo preventivo y fortalecer la atención primaria, sin menoscabo de los niveles de atención de mayor complejidad. Todos esos avances han sido reconocidos a escala internacional y, más recientemente, también lo fue la conducción de la lucha contra el COVID, la primera pandemia global.

A lo largo de décadas, la Caja ha contribuido a cimentar la cohesión social democrática y a encarar la desigualdad en nuestro país. Es pertinente recordar (como lo ha planteado Sen) que la salud es un bien suigéneris, tanto por su valor intrínseco como instrumental: es crítica, porque afecta el bienestar y es un prerrequisito básico para que las personas puedan realizar proyectos y objetivos alternativos que valoren en sus vidas. Además, tal como lo enunció Arrow, la variedad de riesgos en el mundo es asombrosa, pero la capacidad del mercado para cubrirlos muy limitada, debido precisamente a la prevalencia de la incertidumbre y la orientación al lucro; en su antípoda, los seguros obligatorios de salud no guiados por el lucro y financiados con contribuciones o impuestos operan con una lógica distinta a la del seguro privado, al incluir y retener personas de bajo riesgo, no discriminar a las de alto riesgo, permitiendo una diferenciación de riesgos estable. Ahora bien, por su naturaleza, los riesgos de salud también son inciertos en cuanto al momento en que se necesita una atención, sus costos y su duración: ello provee un fundamento firme para argumentar por la solidaridad, ya que incluso sectores con buenos ingresos pueden enfrentar gastos catastróficos, y los riesgos de todas las personas fluctúan a lo largo del ciclo de vida; es decir, que la fragilidad compartida de la naturaleza humana provee un fundamento para la universalidad y la solidaridad del aseguramiento en salud (Sojo).

En nuestro país, y por encima de los rescoldos de conflictos, precisamente por décadas se han reforzado la solidaridad y universalidad que conforman la piedra angular de la CCSS en el ámbito de la salud. Además, el desarrollo del sistema de salud y de los indispensables recursos humanos y de ciencia y tecnología se ha visto acompañado, entre otros aspectos, de inversiones en alcantarillado y agua potable, de la atención de los riesgos laborales y de accidentes de tránsito. Ello ha sido posible gracias al compromiso y valoración colectiva de los

costarricenses de la buena salud, y que ha privilegiado dentro del pacto social democrático garantizar la salud para todos, regida por principios de equidad, universalidad, solidaridad y sostenibilidad. Promover la salud, prevenir y atender las enfermedades, la rehabilitación y la vida digna a lo largo de todo el ciclo vital no son tareas fáciles, y requieren direccionamiento, conducción, evaluación y ajustes constantes, dados los acelerados cambios científicos y tecnológicos, y los dinámicos retos epidemiológicos. La institución ha experimentado a lo largo de variados y disímiles períodos de gobierno muchos cambios graduales, dentro de una continuidad que ha permitido cimentar una política de Estado, rasgo excepcional en la región latinoamericana.

Por el contrario, la administración Chaves Robles ha pretendido una ruptura de esa trayectoria, en aras de una estrategia que puede calificarse como de "descomposición y reemplazo" (Thelen). Discursivamente, desde un inicio se buscó desprestigiar a la CCSS y erosionar la credibilidad del Ministerio de salud, e idear espejismos de sustitución: así, sin ningún fundamento técnico se declaró "en quiebra" a la Caja, y se "aproximó" a la ideología antivacunas de la pandemia. Se ha pretendido, sin mucho éxito, introducir cambios radicales y abruptos, sobreestimando la discrecionalidad y la capacidad gubernamental para reinterpretar o torcer la normativa vigente, y desconociendo y atacando el contexto institucional público más amplio en que se inserta la CCSS, que es propio de una democracia. Pero ciertamente la fuerte inestabilidad a la que ha sido sometida la Caja ya ha generado serias perturbaciones en el desempeño, y causado deterioros en varias dimensiones.

Por carecer de bases técnicas sólidas, las resonadas propuestas de la administración Chaves Robles han sido vagas y nebulosas; ergo, a primera vista, pudieren calificarse nomás como legas, confusas, antojadizas o arbitrarias. Sin embargo, tal perspectiva de análisis se revela como ingenua: a estas alturas es posible encajar las piezas del rompecabezas para delinear, desde una visión de conjunto, la racionalidad política global subyacente. Armado el rompecabezas, se dibuja un caballo de Troya, que abriga el propósito de erosionar uno de los cimientos fundamentales en que se ha asentado el pacto social en Costa Rica. En esos términos resulta útil el enfoque de cambio institucional (Thelen, Streeck y Mahoney), que relaciona el cambio de las formas y funciones de las instituciones a lo largo del tiempo con transformaciones de las coaliciones políticas que constituyen su soporte.

Considerando los análisis de cambio institucional de Thelen, Streeck y Mahoney, se puede dilucidar que la administración Chaves Robles ha estado ensayando diversas estrategias disruptivas que seguidamente explicaremos: estrategias de desplazamiento y transformación (como las que pretenden modificar reglas de gobernanza y gobernabilidad de la institución); estrategias de superposición, al introducir reglas

contradictorias al lado de las vigentes (propuesta de copago y manejo de la listas de espera); estrategias de desviación y desgaste (desfinanciamiento y paralización del portafolio de inversiones) y de conversión (siembra de dudas sobre la pertinencia del seguro de salud y de los principios que lo han articulado).

Sin pretender ni poder acá ser exhaustivas, destacaremos la racionalidad de algunas propuestas y medidas emanadas verticalmente desde el Ejecutivo, y que se han canalizado sobre todo mediante la Presidencia Ejecutiva de la CCSS. La aparente opacidad de los objetivos o desconexión de las medidas enmascaran un ataque frontal contra el pacto social y la robusta institucionalidad de la seguridad social costarricense, que ambiciona establecer -en un futuro no muy lejano- un modelo menos solidario, equitativo e igualitario de salud, con un acusado sesgo hacia la provisión de servicios de salud en el mercado privado bajo el principio del lucro pero financiados con recursos de la CCSS, y un incremento significativo del denominado gasto de bolsillo en salud de todos los ciudadanos.

1. **Debilitar el núcleo central de la gobernabilidad de la CCSS:** La primera acción política que buscó desestabilizar la seguridad social (y de paso, mandar señales amedrentadoras) fue la intromisión en la gobernanza de la CCSS, separando a los representantes de los sectores sociales y colocando a nuevos miembros, sin acatar los procedimientos establecidos para su nombramiento. Este hecho condujo a polarizar la toma de decisiones en el seno del órgano colegiado, rompiendo con lo que los constituyentes sabiamente plantearon para buscar y consolidar consensos democráticos en el seno de las instituciones autónomas. Por su parte, la Presidencia Ejecutiva en cruciales oportunidades no ha velado por la autonomía de sus acciones y gestión respecto del Poder Ejecutivo, tal como lo dispone la Ley Constitutiva de la institución, y el Poder Ejecutivo, a su vez, no ha respetado la independencia y autonomía constitucional otorgada a la seguridad social costarricense.

2. **Generar dudas infundadas sobre la sostenibilidad del Seguro de Salud:** En setiembre de 2022, cuando la Junta Directiva aprobó el cumplimiento efectivo del ajuste salarial a los trabajadores de la CCSS por costo de vida acordado desde enero de 2020, el Presidente de la República impugnó la decisión, y proclamó la quiebra financiera de la institución. Si bien ello no se sustentaba en ningún informe o estudio técnico conocido sobre el tema, generó al inicio un ambiente de dudas y cuestionamientos respecto de la

situación real de las finanzas del seguro de salud. En su antípoda, han surgido informes y criterios en el seno de la propia CCSS, así como de instancias calificadas, tales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2023) y la Contraloría General de la República (CGR, 2023), que apuntan hacia unas finanzas robustas y sostenibles en el corto y mediano plazo, y señalan la conveniencia de introducir medidas para incrementar y diversificar las fuentes de financiamiento de este seguro, y para mejorar la calidad y eficiencia del gasto en salud.

La evidencia disponible para el Seguro de Salud muestra la persistencia en todos los años desde el 2012 de un superávit de los ingresos totales y corrientes sobre sus homólogos del gasto; un indicador promedio de solvencia presupuestaria de 1.2, que mide el número de veces que los ingresos corrientes pueden cubrir los gastos corrientes de este seguro; una reducción significativa de la tasa de aumento de los gastos por el pago de remuneraciones -que representa poco más de dos terceras partes del gasto total- causada por los efectos de las disposiciones de la Ley de fortalecimiento de las finanzas públicas y la Ley marco de empleo público; una rápida recuperación de los ingresos por contribuciones tras el negativo impacto que tuvo el COVID-19 en la actividad económica y el empleo, y finalmente, la acumulación de una reserva financiera sin precedentes, que a inicios del 2024 supera los US\$ 3 200 millones, recursos que están destinados a financiar el Portafolio de inversiones estratégicas de la CCSS, ambicioso programa para avanzar en el cierre de las más importantes brechas que aquejan la calidad y oportunidad de los servicios de salud brindados a la población costarricense.

- 3. Reducir el financiamiento del Estado destinado a los seguros sociales:** Ciertamente, el incumplimiento del pago de las obligaciones del Estado con la CCSS no es un fenómeno nuevo, ni es responsabilidad absoluta de la presente administración; pero conforme a cifras oficiales, el monto de la deuda acumulada por este concepto ha crecido durante la Administración Chaves Robles (de mayo de 2022 a noviembre 2023) un 35.5%, tasa inédita. El gobierno no sólo se ha negado a negociar el pago de esta deuda, o a girar la totalidad de recursos financieros provenientes de algunos préstamos concedidos por organismos internacionales que estipulan que un 10% del total de recursos debían usarse para amortizar las sumas pendientes de pago a la CCSS: lo que es aún más preocupante, se ha ido más allá, al haber eliminado literalmente del Presupuesto de la República los recursos destinados a financiar el aseguramiento de las personas y familias

en condición de pobreza o riesgo social, fragilizando el componente no contributivo del Seguro de Salud, que es una piedra angular para avanzar en la universalidad, equidad e igualdad en el acceso a los servicios y atenciones de salud en nuestro país.

- 4. Suspender, frenar o postergar inversiones estratégicas de alto impacto:** La suspensión del portafolio de inversiones que abarca las reparaciones, remodelaciones y construcciones nuevas de las sedes de los EBAIS, de clínicas de salud y de hospitales como los de Golfito, Limón y Cartago, constituye una acción deliberada para limitar la oferta en cantidad y calidad, y que incrementa el agobio de los actuales prestadores de servicios. Todo ello tiene negativos efectos en la infraestructura física y tecnológica, y en la urgente dotación de recursos humanos que tanto requieren las comunidades para atender los problemas de salud prioritarios, e incrementa los cuellos de botella que se expresan en listas de espera a lo largo de todo el proceso de atención. Lo más preocupante es que precisamente con esta estrategia de desgaste se justifica incumplir las obligaciones que como Estado deben hacerse en favor de los grupos sociales que lo requieren, quebrantando los principios de solidaridad y equidad, ambición que culmina con el planteamiento del copago en las listas de espera .

- 5. Diseñar y proponer soluciones basadas en el mercado privado de salud:** Por su parte, el mecanismo de un copago erogado en la atención privada, pero con los mismos criterios de rentabilidad allí vigentes, para atender las listas de espera es un componente esencial del caballo de Troya: se envía un presunto mensaje de preocupación y de atención para resolver una problemática compleja, pero con una solución que redunde en priorizar a personas que ya cuentan con los recursos para el copago o que se endeudan con ese propósito, y que aumentan sus gastos de bolsillo en salud en detrimento de otras erogaciones; quien no cuente con el dinero contante y sonante para esta erogación queda excluido del sortilegio. Esta propuesta rompe con la solidaridad y equidad, ya que deja de lado criterios clínicos, de condiciones sociales y económicas. Y, lo que es aún más grave, carece de un plan concreto y de evidencia científica o empírica de su pertinencia para resolver las listas de espera.

6. **Despertar expectativas de negocio rupturistas en algunos agentes del mercado privado de salud:** Además, las propuestas generan expectativas en el mercado de la salud en cuanto a la posibilidad de vender servicios a los asegurados de la CCSS de forma rutinaria y ya no en situaciones de emergencias o críticas para procedimientos diagnósticos y terapéuticos de las listas de espera y para algunas patologías. Cabe resaltar que tradicionalmente el sector privado en nuestro país no solo ha brindado sus servicios a las personas que pueden pagarlos con sus propios recursos, sino que ha vendido servicios a la Caja, pero en el marco del cumplimiento de los procedimientos para "declaratoria de inviabilidad". Si, por el contrario, esa venta de servicios rompe con el principio de solidaridad de la seguridad social en salud y drena sensiblemente recursos destinados al aseguramiento en salud al financiar rutinariamente prestaciones valoradas a precios de mercado en el sector privado, estará en juego un incremento de las desigualdades en salud, cuyas serias consecuencias sociales y políticas afectarán la cohesión social y el bienestar de la población.

Consolidar y defender a la CCSS, proteger tanto el pacto social como la cohesión social democrática que se han nutrido con su creación y desarrollo, es una tarea de todos, es una tarea de todos los días. Sin que ello oculte los retos y desafíos de gran envergadura que la institución ya enfrenta, y los nuevos e inesperados que deberá afrontar en los años por venir, en un mundo sometido a raudas transformaciones, y que requieren decisiones y acciones concretas, basadas en una visión de Estado y no condicionadas por estrechos intereses particulares.

[1] Fue Ministra de salud 2002-2006 y Presidenta Ejecutiva de la CCSS 2014-2017

[2] Consultora internacional, ex-funcionaria de la CEPAL 1989-2016