

# **LAS REFORMAS INCONCLUSAS: PENSIONES Y SALUD EN COSTA RICA**

**Avances - Problemas - Recomendaciones**

**Juliana Martínez Franzoni**

**Carmelo Mesa-Lago**

**Fundación Friedrich Ebert**

**San José, Costa Rica**

**Mayo, 2003**

(c) Fundación Friedrich Ebert  
Representación para Costa Rica

Apartado Postal 874-1000  
San José, Costa Rica

Diseño Gráfico e ilustración  
de portada: Valeria Varas

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>I. LOS SEGUROS SOCIALES Y LOS TIPOS DE ASEGURAMIENTO .....</b>	<b>8</b>
<b>II. PENSIONES .....</b>	<b>9</b>
<b>1. Primer Pilar o Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte .....</b>	<b>10</b>
a. Prestaciones .....	11
b. Cobertura .....	12
c. Cotizaciones y otras fuentes de financiamiento .....	13
d. Cálculo y reajuste de montos de las pensiones .....	18
e. El criterio de dependencia económica .....	19
<b>2. Segundo Pilar de Pensiones o Régimen de Capitalización Individual .....</b>	<b>21</b>
a. Prestaciones y cobertura .....	21
b. Financiamiento e inversión .....	23
c. Inequidades de género y otras introducidas por el segundo pilar .....	24
d. Administración del segundo pilar en la LPT .....	25
e. Otros regímenes de pensiones complementarias .....	28
<b>3. Tercer Pilar o Régimen Complementario Voluntario .....</b>	<b>29</b>
<b>4. Régimen No Contributivo .....</b>	<b>29</b>
a. Prestaciones y cobertura .....	31
b. Financiamiento .....	34
<b>III. SALUD .....</b>	<b>36</b>
<b>1. Servicios de Salud .....</b>	<b>37</b>
a. Tipos de aseguramiento .....	37
b. Prestaciones .....	38
c. Beneficios en dinero según categorías de aseguramiento .....	38
d. Cobertura .....	44
e. Cotizaciones y financiamiento .....	44
f. Condiciones para el acceso y pérdida de beneficios .....	45
<b>2. La Reforma del Sector Salud .....</b>	<b>47</b>
a. El modelo de reforma diseñado en “el papel” .....	48
b. Avances en la ejecución de la reforma: aspectos críticos .....	52
<b>IV. PRINCIPALES PROBLEMAS Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>69</b>
<b>A. Pensiones .....</b>	<b>69</b>
<b>B. Salud .....</b>	<b>86</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>98</b>

## INTRODUCCIÓN

El sistema de seguridad social de Costa Rica fue creado durante la segunda “ola” de reformas que ocurrió en los años 40 en América Latina y se basa en los principios de obligatoriedad, universalidad y solidaridad. Desde inicios de los años 90 este sistema ha sido objeto de importantes reformas institucionales y programáticas, tanto en pensiones como en salud. Las reformas han sido graduales y enfocadas en los instrumentos de la seguridad social, en vez de radicales y dirigidas a cambiar sus principios.<sup>1</sup>

En 1994 Costa Rica aprobó préstamos de organismos financieros internacionales que apoyarían la Reforma del Sector Salud y en el 2000 promulgó la Ley de Protección del Trabajador (LPT) que reformó el sistema de pensiones. Ha transcurrido un decenio desde la primera reforma y casi tres años desde la segunda y es importante dar seguimiento a ambas.

La reforma de pensiones fue precedida de conflictos en 1996 y la ocupación de la sede de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) por grupos sociales que se oponían a cambios importantes del Reglamento de la CCSS (aumento de la edad de retiro, reducción de la tasa de reemplazo, etc) y reclamaban un debate abierto sobre el tema. Los trabajadores solicitaban que, antes de introducir esos duros cambios, se mejorara el sistema de recaudación, se impusiesen severas sanciones por evasión y morosidad, y hubiese mayor representatividad laboral en la Junta Directiva y en el control financiero.

Como resultado, se suspendió la reforma, se efectuó una serie de foros y talleres nacionales en 1997, se estableció un Foro de Concertación Nacional (FCN) en 1998 con amplia participación de todos los grupos involucrados y, en julio de ese año, el gobierno entregó al FCN una propuesta de reforma. La Fundación Friedrich Ebert contrató como consultor al Dr. Carmelo Mesa-Lago y éste se entrevistó con los participantes del FCN, numerosas organizaciones sociales, el equipo asesor del gobierno, los directivos de la CCSS y otras entidades estatales, colaborando en el proceso de gestar el consenso sobre la reforma.

En septiembre, el FCN publicó su informe final con 96 acuerdos firmados por todos sus miembros. Seguidamente Mesa-Lago preparó un estudio evaluando dichos acuerdos, profundizando algunos de ellos y haciendo sugerencias (la Fundación Friedrich Ebert compiló y publicó todos los documentos, ver Mesa-Lago 1998). Luego de extenso debate en la Asamblea Nacional y la opinión pública, en febrero de 2000 se promulgó la Ley de Protección del Trabajador que incorporó virtualmente todos los acuerdos del FCN. El nuevo sistema de pensiones comenzó a funcionar en mayo de 2001, así que lleva casi dos años en operación.

La reforma del sector salud siguió un camino muy distinto a la de pensiones. Los documentos se elaboraron durante la primera mitad de la década de los 90 y dieron lugar a leyes que autorizaron préstamos del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo desti-

---

<sup>1</sup> Para un análisis de los aspectos institucionales de las reformas recientes en salud, ver Martínez, 2001; sobre las reformas en las pensiones, ver Castro 2000.

nados a financiar los cambios.<sup>2</sup> La reforma comenzó a ejecutarse en 1995 sin que hubiera un modelo fundacional o lanzamiento formal de la reforma. En agosto de 1994 la Dra. Juliana Martínez efectuó entrevistas sobre los planes del sector salud entre sus dirigentes, incluyendo al Presidente Ejecutivo de la CCSS. En ese momento el tema de una transformación tan ambiciosa como la que estaba a punto de lanzarse no se mencionó, aunque en ese momento ya había sido elaborado el documento conceptual y se había aprobado en la Asamblea Legislativa el proyecto de ley correspondiente. Análisis previos consideran que esta forma de lanzar la reforma fue una estrategia para reducir la oposición y que recogía lecciones de experiencias anteriores como la creación de las cooperativas médicas durante la década de los 80 (ver Martínez 2000).

A partir de 1995 comenzó paulatinamente a tratarse la reforma como una propuesta de cambio institucional y sectorial sustantivo, tanto en materia de gestión (con cambios importantes en la asignación de los recursos, la canasta de servicios y los niveles de atención), como en el modelo de atención, integral y preventivo, que se impulsaría en los años siguientes. A diferencia de pensiones, no se negoció el diseño de la reforma con los sectores sociales, pero la implementación de la reforma ha mostrado una importante continuidad durante cuatro administraciones de gobierno.<sup>3</sup> Los críticos de la reforma no han generado, hasta ahora, coaliciones amplias (ni siquiera al nivel sindical como en pensiones), para constituirse en interlocutores capaces de negociar con las autoridades.

Con este estudio, la Fundación Friedrich Ebert retoma el tema de la reforma de la seguridad social en Costa Rica, después de cuatro años y medio de su última publicación sobre el tema. La investigación de base fue realizada por la Dra. Juliana Martínez Franzoni (Ph.D. en Sociología Universidad de Pittsburg), con amplia experiencia en los temas de salud y género, la cual también preparó las versiones preliminares de los trabajos sobre pensiones y salud. El 3-4 de marzo de 2003, la Fundación Friedrich Ebert realizó el Foro “Avances del Proceso de Reforma del Sistema de Seguridad Social” con los sectores sociales, donde se presentaron ambos trabajos. El Dr. Carmelo Mesa-Lago, estudió los trabajos, participó en el seminario y posteriormente escribió extensos comentarios sobre ambos. La versión final del trabajo fue elaborada conjuntamente por ambos autores.

Tanto en materia de pensiones como de salud, Costa Rica ha reafirmado, al menos formalmente, los principios de universalidad, equidad, solidaridad y obligatoriedad que rigen para los seguros sociales y que han sido consagrados en la Constitución General de la República y la Ley Orgánica de la CCSS. Los cambios se dirigen, por tanto, a los instrumentos de política, o sea, a la organización de los respectivos sistemas, principales componentes, herramientas de gestión, y a los servicios que los sistemas de pensiones y salud entregan a la población. Estos incluyen prestaciones en dinero del sistema de pensiones, así como servicios de primer, segundo y tercer nivel y prestaciones en dinero (por enfermedad y maternidad) del sistema de salud.

---

<sup>2</sup> Ley 7374, Aprobación de los contratos de préstamos suscritos entre el Banco Interamericano de Desarrollo y el Gobierno de La República de Costa Rica, Alcance No. 1 de La Gaceta No. 13 del 19 de enero de 1994; y Ley 7441, Aprobación del contrato de préstamo No. 3654-CR y sus anexos, suscritos entre el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento y el Gobierno de La República de Costa Rica, Alcance No. 29 de La Gaceta No. 216 del 14 de noviembre de 1994.

<sup>3</sup> Elaboración durante administración Calderón, 90-94; inicio de ejecución durante administración Figueres, 94-98; continuación durante administración Rodríguez, 98-02 y en el presente con la administración Pacheco, 02-06.

El estudio traza los antecedentes de las reformas de pensiones y salud, evalúa los avances logrados, analiza los problemas pendientes y hace recomendaciones. Los autores esperan poder debatir el trabajo con todos los sectores involucrados en la reforma de la seguridad social y abrigan la esperanza de que el mismo contribuya a forjar un nuevo consenso para resolver los cruciales problemas pendientes.

Durante el período en que tuvo lugar la actualización final de datos (principios de febrero a fines de marzo) los autores solicitaron por escrito e hicieron gestiones ante la CCSS para obtener información sobre evasión, subdeclaración y morosidad, así como el Anuario Estadístico del 2002 (o en su defecto, 2001) pero no fue posible obtener dicha información.

## I. LOS SEGUROS SOCIALES Y LOS TIPOS DE ASEGURAMIENTO

Según la OIT, la seguridad social incluye pensiones de vejez, invalidez y muerte (sobrevivientes), atención médico-hospitalaria y transferencias monetarias por enfermedad y maternidad común, prestaciones monetarias por riesgos ocupacionales (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales), asignaciones o subsidios familiares, asistencia social (como pensiones no contributivas o atención médico-hospitalaria para personas carentes de recursos) y sistemas nacionales de salud. Así pues la seguridad social comprende cinco grandes programas: salud, pensiones, riesgos profesionales, asignaciones familiares, y seguro de desempleo (Mesa-Lago 1989).

En Costa Rica los seguros sociales comprenden actualmente:

- Enfermedad y maternidad (seguro de salud)
- Invalidez, vejez y muerte<sup>4</sup> (pensiones, primer pilar)
- Pensiones complementarias (segundo y tercer pilares)
- Desempleo involuntario (no creado hasta el momento)<sup>5</sup>
- Riesgos de trabajo<sup>6</sup> (bajo el Instituto Nacional de Seguros: INS)

Dos peculiaridades de Costa Rica son: (i) las asignaciones familiares no son parte de los seguros sociales sino de los programas de asistencia social; al mismo tiempo, un componente de la asistencia social es la que financia el Régimen No Contributivo de pensiones que ha permitido extender la cobertura de las pensiones a la población de escasos recursos; y (ii) no hay un seguro de desempleo.<sup>7</sup>

En este trabajo se analizan las reformas recientes en los sistemas de pensiones y salud, así como el acceso actual a ambos programas, en dos sentidos: como ser parte o no del sistema y como ser elegible a todos o algunos de los servicios o beneficios que ofrece dicho sistema.<sup>8</sup>

---

<sup>4</sup> Art. 2 LCCSS.

<sup>5</sup> La CP (artículo 63) establece que mientras no se cree tal seguro de desempleo, se pagará una indemnización por despido injustificado, tradicionalmente conocida como “auxilio de cesantía”.

<sup>6</sup> Art. 73 CP.

<sup>7</sup> El llamado “auxilio de cesantía” es una expectativa de derecho de los asalariados. A partir de la aprobación de la LPT en 1998, los fondos de capitalización laboral pasaron a administrar dichos fondos que no son, sin embargo, parte de la seguridad social.

<sup>8</sup> En este sentido, el acceso es relativamente independiente de otros dos aspectos relevantes como son la oportunidad y la calidad de los servicios que se acceden. La oportunidad se refiere a la posibilidad de recibir servicios en el momento en que éstos se requieren para atender las necesidades o resolver los problemas correspondientes, ni demasiado tarde ni demasiado temprano; un aspecto más importante en salud que en pensiones. La calidad remite a la cualidad técnica y humana de los servicios que se reciben. La calidad presupone oportunidad y la oportunidad presupone acceso, aunque no viceversa.

## II. PENSIONES <sup>9</sup>

El sistema de pensiones, que toma 4.6% del PIB, 29% del gasto público social y 19% del gasto público, comprende cuatro regímenes:

- Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) o “primer pilar”
- Régimen de Capitalización Plena e Individual o “segundo pilar”
- Régimen Complementario Voluntario o “tercer pilar”
- Régimen No contributivo (pensiones de asistencia social a las personas de escasos recursos)

Además de IVM, en el decenio de los 80 había en Costa Rica 19 regímenes especiales de pensiones en el sector público, que otorgaban beneficios privilegiados, confrontaban enormes desequilibrios actuariales y estaban a cargo del Presupuesto Nacional. Estos regímenes recibían subsidios fiscales que contrastaban con la desprotección de sectores de bajos ingresos de la población, así como de las prestaciones ordinarias financiadas por cotizaciones en el IVM, y tenían un impacto distributivo regresivo. En 1995 se reformó integralmente el régimen de pensiones del Magisterio Nacional; en 1992 se promulgó la Ley Marco de Pensiones por la cual toda persona que ingrese a trabajar a la Administración Pública (salvo Magisterio y Poder Judicial), a partir de la fecha de vigencia de esa ley, entra obligatoriamente al IVM de la CCSS,<sup>10</sup> en 1996 el régimen especial de los diputados de la Asamblea Legislativa fue derogado por Ley 7605 y los diputados quedaron incluidos en IVM. Subsisten sin embargo dos regímenes especiales, los cuales no son con cargo al presupuesto nacional: el Poder Judicial y el Magisterio Nacional; ambos tienen cotizaciones superiores de los trabajadores y tasas de reemplazo superiores en comparación con las de IVM.<sup>11</sup>

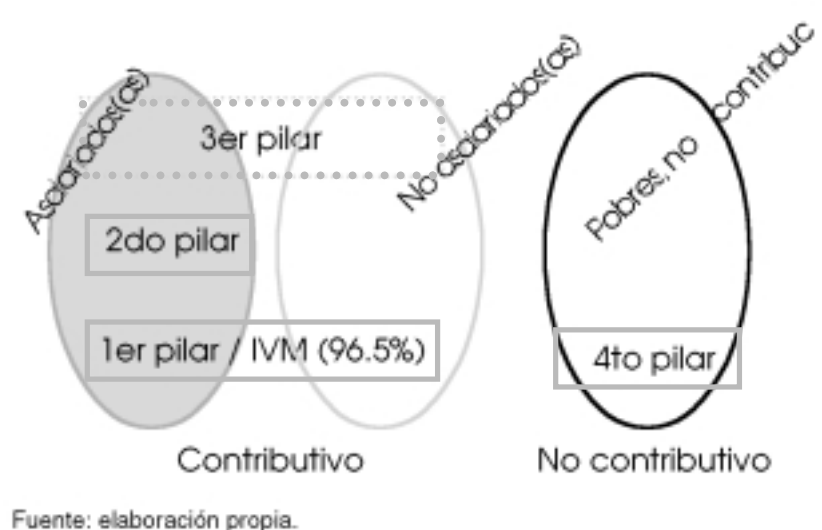
<sup>9</sup> Una primera versión de esta sección fue realizada por Martínez, Trejos y Castro 2002.

<sup>10</sup> Número 7302 de julio de 1992.

<sup>11</sup> En el régimen del Magisterio la tasa de reemplazo es del 80% y las cotizaciones son: 8% los trabajadores, 6,75% los empleadores y 0.25% el Estado como tercera parte (Ley 7531 de 1995, que reformó la Ley No.2248). En el régimen del Poder Judicial, los trabajadores cotizan un 9%, los pensionistas 11.75%, los empleadores 11.75%, y el Estado 0.25%. Se pensionan a los 62 de edad y 30 años de trabajo en la administración pública con un monto que equivale al salario promedio de los 12 mejores salarios de los últimos 24 devengados en el Poder Judicial; también se pueden pensionar con 30 años de servicio o más, y una edad menor a 62 años; el monto de pensión es del 100% con una edad entre 60 y 62 años (Ley 7333).



Gráfico 1. Sistema multipilar, 2003



## 1. Primer Pilar o Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte

El IVM o “primer pilar” de pensiones<sup>12</sup> tiene como objetivo proteger a las personas de la incapacidad, temporal o permanente, otorgándoles ingresos durante la etapa pasiva del ciclo vital o durante situaciones que impiden, total o parcialmente, en forma temporal o permanente, obtener ingresos propios.

El régimen está basado en un compromiso solidario intergeneracional por el cual los trabajadores activos financian las pensiones de los pasivos, confiando en que la siguiente generación continuará cumpliendo dicho compromiso. Sin embargo, no se trata de un sistema de reparto puro sino un sistema de capitalización parcial colectiva (CPC), con prima media escalonada, que tiene una reserva considerable, la cual si se invierte bien comparte el costo del sistema, pero actualmente sufre un desequilibrio actuarial.

De acuerdo con la Ley, la tasa básica de reemplazo en IVM es 60% por los primeros 20 años cotizados, más 1% por cada año adicional cotizado, con un tope mínimo y un tope máximo, cuya cuantía fija periódicamente la Junta Directiva.<sup>13</sup> En 1998, se estimaba que la tasa de reemplazo promedio de IVM era de 68,8%, pero se basaba en una cotización global de 7,5%, que no ha cambiado desde el inicio del programa en 1943, e IVM ya confrontaba entonces un desequilibrio actuarial, de forma que dicha tasa no está garantizada. Más aún,

<sup>12</sup> Art. 34 LCCCSS.

<sup>13</sup> Art. 29 RIVM.

es una tasa alta para niveles internacionales, que la fijan alrededor del 50%. Con la reforma paramétrica de IVM propuesta en 1998, pero no aprobada por el FCN, se proyectó que en 2025 IVM garantizaría una tasa promedio de reemplazo de 50% (Mesa-Lago 1998). La CCSS propuso en 2002 una tasa básica de reemplazo de 50% por los primeros 25 años de cotizaciones, más 1% por cada año adicional cotizado (ver sección II-A-3). Este es un aspecto crucial que debería ser aclarado por las autoridades de la CCSS.

#### **a. Prestaciones**

El derecho a la pensión se obtiene de manera directa con la condición de trabajador activo remunerado (asegurado directo), también ese derecho se transfiere a la familia dependiente del asegurado directo (asegurado indirecto o familiar). Como veremos estas características contrastan con el segundo pilar.

El IVM otorga tres tipos de pensiones: (i) vejez, para las personas que cumplen los requisitos de edad y cantidad de cuotas de cotización que se detallan más abajo; (ii) invalidez, para personas que se ven forzadas a discontinuar su actividad laboral; y (iii) muerte, para los familiares dependientes de un asegurado directo, una vez que éste ha fallecido.<sup>14</sup>

El retiro ordinario por vejez requiere 65 años para ambos sexos y el pago de 240 cuotas mensuales (20 años), o tener la edad y un cierto número de cuotas pre establecido. El retiro anticipado (actualmente el más frecuente), sí establece diferencias por sexo: 59 años y 11 meses para las mujeres (con un mínimo de 466 cuotas) y de 61 años y 11 meses para los hombres (con un mínimo de 462 cuotas). El número de cuotas requeridas para el retiro anticipado aumenta según se vaya anticipando la pensión de acuerdo a una tabla.<sup>15</sup> En todos los casos la tasa de reemplazo es la misma.

La pensión por vejez finaliza cuando ocurre la muerte del beneficiario, aunque se transforma en pensión por muerte si el asegurado tiene dependientes a cargo. La pensión por invalidez termina por muerte o cuando se supera la invalidez. La pensión por muerte termina cuando ocurre matrimonio o unión libre del beneficiario (salvo que sea inválido y se determine que la pensión continúa cubriendo al menos 50% de sus necesidades), cuando se alcanza la mayoría de edad, se concluyen los estudios, o el beneficiario se convierte en trabajador remunerado (orfandad).<sup>16</sup>

<sup>14</sup> Art. 19 RIVM. Ver Anexo A para detalle de tipos de aseguramiento.

<sup>15</sup> Art. 5 RIVM, última modificación entró en vigencia el 2 de noviembre del 2002.

<sup>16</sup> Art. 20 RIVM. Además, el transcurso del tiempo hace que se pierda el derechos si no ha sido ejercitados (prescripción). En la pensión por invalidez, a los dos años de que la persona quedó inválida y en la pensión por muerte, a los diez años de haberse ocurrido el deceso del causante; en la pensión por vejez no existe prescripción.

## b. Cobertura

Actualmente son asegurados obligatorios a IVM los asalariados, todos los demás son asegurados voluntarios. Estos últimos incluyen a los trabajadores independientes o por cuenta propia (en adelante independientes), así como a los trabajadores no remunerados (familiares, amas de casa, estudiantes, etc.). Como se discutirá después, hay un tratamiento diferenciado en cuanto a las cotizaciones y prestaciones en dinero según los asegurados sean asalariados, independientes o no remunerados.

El Cuadro 1 muestra dos importantes brechas: en el aseguramiento entre IVM (53%) y SEM (enfermedad y maternidad, 71%), y entre el aseguramiento de asalariados (65%) e independientes (24%).

<b>Cuadro 1. Cobertura contributiva del SEM e IVM según tipo de trabajador remunerado, 2001 (en porcentajes)</b>		
Categoría	SEM	IVM
Total	71	53
Asalariados	70	65
Independientes	74	24
Fuente: Trejos 2002 <sup>a</sup>		

Para los trabajadores independientes el régimen se encuentra en una transición. De acuerdo a la LPT de 2000 estos trabajadores deben pasar del aseguramiento voluntario al obligatorio en un plazo de 5 años (a más tardar en febrero del 2005). Para ello la LPT dio a la CCSS un plazo de 6 meses para diseñar un plan de universalización (cumplido a mediados del 2000),<sup>17</sup> pero hasta la fecha, dicho plan no ha sido diseñado. De hecho, técnicos de la CCSS opinan que no es posible realizar un plan de universalización a 5 años.<sup>18</sup> Cuando el plan de universalización para personas independientes se haya completado, el aseguramiento voluntario seguirá existiendo pero sólo cubrirá a personas que realizan trabajo no remunerado.

Entre los trabajadores independientes existen tres grupos: (i) un porcentaje relativamente pequeño con muy altos ingresos (profesionales médicos, abogados, etc.) y fáciles de detectar (por ejemplo, vía colegios profesionales); (ii) un porcentaje relativamente alto con muy bajos ingresos y difíciles de ubicar, y (iii) trabajadores estacionales (por ejemplo, en la agricultura) y otros cuyo desgaste físico ocurre a una edad más temprana que para el promedio de los trabajadores (por ejemplo, en la construcción). Estas diferencias deben tenerse en cuenta al diseñar la estrategia de universalización que, como la LPT establece, puede ser gradual entre grupos ocupacionales.

En Costa Rica existen actualmente alrededor de 712.000 trabajadores no remunerados que o bien están vinculados al mercado de trabajo pero no reciben remuneración, o bien están dedicados a la administración del hogar. De estos trabajadores 94.000 están asegurados pero sólo 3% contribuye directamente al IVM.<sup>19</sup> Se trata por lo tanto de un sector impor-

<sup>17</sup> Transitorio XVIII LPT.

<sup>18</sup> Cruz y otros 2002.

<sup>19</sup> Araya y otros 2002.

tante de la población que requiere mecanismos de incorporación, contributiva y no contributiva, al sistema de pensiones.

El goce de una pensión por vejez o invalidez no impide el desempeño de trabajo remunerado, siempre y cuando se den algunas condiciones.<sup>20</sup> Sin embargo, los asegurados directos están impedidos de recibir pensiones de IVM al mismo tiempo que están incapacitados (sea por enfermedad o por maternidad) y están recibiendo prestaciones en dinero del SEM.<sup>21</sup> La excepción es cuando se trata de pensionados por invalidez y por vejez que trabajan con remuneración en el sector privado.<sup>22</sup>

### **c. Cotizaciones y otras fuentes de financiamiento<sup>23</sup>**

El financiamiento del IVM proviene de tres fuentes: cotizaciones, producto de inversiones y aportes de otras entidades públicas. Los ingresos de cotizaciones se distribuyen de la manera que se presenta en el Cuadro 2. El monto global de la cotización es el mismo para los tres tipos de aseguramiento, no así las fuentes de dichas cotizaciones.

#### **➤ Cotizaciones**

Para los asalariados hay una triple cotización obligatoria (trabajadores, patronos y Estado).<sup>24</sup> Entre los asegurados voluntarios, hay de dos tipos: voluntarios independientes y voluntarios no remunerados. En ambos casos existe una cuota estatal que compensa la ausencia de patrono y que se incrementa según el ingreso del trabajador disminuye con respecto al salario mínimo.<sup>25</sup> La distinción entre estos dos tipos de aseguramiento voluntario es importante porque la actual transición hacia la universalización de la cobertura se aplica a los trabajadores independientes y no a los no remunerados. Todos los asegurados directos así como sus dependientes tienen sin embargo acceso a las prestaciones por vejez, invalidez y muerte.

El Cuadro 2 presenta las cotizaciones obligatorias de los trabajadores asalariados al primer y segundo pilares, así como las cotizaciones voluntarias de los trabajadores asegurados independientes y los trabajadores no remunerados al primer pilar. El análisis de las cotizaciones relativas al segundo pilar se hace con más detalle en la siguiente sección.

<sup>20</sup> Después de transcurridos 6 meses de recibir la pensión por invalidez, el pensionado puede trabajar nuevamente para un patrono y debe cotizar al SEM y a IVM; las cotizaciones hechas a IVM se toman en cuenta para la pensión por vejez cuando reúna los requisitos. El pensionado por vejez también puede laborar en el sector privado, en cuyo caso debe cotizar al SEM (Arts. 21 y 22 RIVM).

<sup>21</sup> Art. 44 RIVM.

<sup>22</sup> Entonces pueden recibir subsidios en dinero que se pagarán sobre el salario reportado en la planilla y no sobre el monto de la pensión. En este caso las personas reciben el subsidio del SEM en reemplazo del salario.

<sup>23</sup> Arts. 32 y 33 RIVM.

<sup>24</sup> Art. 2 RIVM.

<sup>25</sup> Arts. 22, 3 y 29 LCCSS.

<b>Cuadro 2. Cotizaciones a IVM y Pensiones Complementarias, por Tipo de Aseguramiento y Cotizante, 2003 (en porcentajes)</b>					
Cotizante	Obligatorio (% del salario)			Voluntarios (% ingreso de referencia)	
	Asalariados			Independientes	No remunerados
	1er. Pilar	2do. Pilar	Total	1er. Pilar	1er. Pilar
Patrono	4.75	1.75	6.50	—	—
Trabajador	2.50	2.50	5.00	7.25 (Estado 0 a 2.50) <sup>26</sup>	5.5 a 7.25 (Estado 0 a 1.75)
Estado <sup>27</sup>	0.25	0	0.25	0.25	0.25
Global	7.50	4.50	11.75	7.50	7.50
Fuente: RIVM; art. 33.					

En el Cuadro 3 se muestra la participación estatal para incorporar a los trabajadores independientes en pensiones y salud. Las cotizaciones de los independientes se fijan en función de cinco categorías ocupacionales, con subsidios estatales que van de cero a 2.5% en IVM y de cero a 3% en salud (para suplir la ausencia de patrono, la quinta categoría no recibe subsidio) y el 0.25% que el Estado aporta como tal para todos los asegurados. Se considera como ingreso de referencia el 0.70% del salario mínimo legal en la categoría correspondiente. Sin embargo, los ingresos de referencia se ajustarán anualmente en un plazo de 16 años, a fin de que sean iguales a los salarios mínimos legales por categoría ocupacional.<sup>28</sup>

<b>Cuadro 3: Cotizaciones para Independientes, según Cotizante y Categoría de Trabajador, 2003 (en porcentajes)<sup>29</sup></b>								
Trabajador	IVM				SEM			
	Trab.	Subsidio estatal	Estado	Global	Trab.	Subsidio estatal	Estado	Global
No calificado y semi calificado	4.75	2.50	0.25	7.50	4.75	3.00	0.25	8.00
Calificado, técnico medio y especialista especializado	5.50	1.75	0.25	7.50	5.50	2.25	0.25	8.00
Técnico y diplomado educ. superior	6.25	1.00	0.25	7.50	6.25	1.50	0.25	8.00
Bachiller universitario	7.25	0	0.25	7.50	7.00	0.75	0.25	8.00
Licenciado universitario	7.25	0	0.25	7.50	7.75	0	0.25	8.00
Fuente: RSV; art. 10.								

<sup>26</sup> Proporciones establecidas por acuerdo de Junta Directiva, Art. 6 sesión 7470, 17 de agosto del 2000.

<sup>27</sup> En las tablas de la CCSS la cotización “global” excluye el aporte del Estado que a los efectos de este documento hemos integrado para presentar lo que es, estrictamente, la contribución “global” o total.

<sup>28</sup> Art. 6 acuerdo de Junta Directiva, sesión 7470 del 17 de agosto del 2000.

<sup>29</sup> Este aseguramiento se financian con tres aportes: el del afiliado de acuerdo a las tablas y escalas contributivas, el aporte complementario del Estado por la diferencia entre el porcentaje con que contribuye el asegurado y el porcentaje de cotización global establecido en las tablas respectivas de los Seguros de Salud e Invalidez, Vejez y Muerte y la contribución del 0.25% que le corresponde al Estado como tal.

La comparación de las cotizaciones a los seguros de pensiones y salud muestra que el subsidio estatal es mayor en salud que en pensiones (entre 0.25% y 0.75% más). La cotización del trabajador es igual en ambos seguros, salvo en las dos categorías de mayor calificación en la que la cotización a pensiones es entre 0.25% y 0.50% para bachiller y licenciado universitarios, respectivamente, mas alta que en salud. La LPT recogió la recomendación del Foro de Pensiones del Foro de Concertación Nacional (FCN) en el sentido de que era necesario un subsidio estatal para aumentar la posibilidad real de incorporación de los independientes en IVM.

El RIVM establece que el acceso a las prestaciones requiere de cotizaciones mensuales, o sea, que no se aceptan pagos globales de una o más cotizaciones mensuales vencidas con el propósito de revalidar o adquirir derechos en IVM.<sup>30</sup> Si un asegurado voluntario deja de cotizar durante 6 meses, sólo podrá reingresar si cancela las cuotas pendientes hasta un máximo de 6, salvo que reingrese como asalariado o pensionado.<sup>31</sup> La obligación de la cotización mensual plantea un reto para la incorporación de los trabajadores que no reciben ingresos mensuales, por ejemplo los estacionales, un tema que se trata en las recomendaciones.

#### ➤ **Producto de inversiones y otros ingresos**

Los ingresos no contributivos provienen del producto de inversiones de capitales de reserva y otros ingresos y donaciones que puedan captarse,<sup>32</sup> así como de hasta un 15% de las utilidades de empresas públicas que la LPT estableció con el objetivo de fortalecer financieramente el primer pilar de pensiones y universalizar la cobertura de sectores no asalariados en condiciones de pobreza (ver más abajo RNC).<sup>33</sup> Esta medida no se ha implantado hasta la fecha.<sup>34</sup> Además, la LPT amplió las posibilidades de inversión de los recursos del fondo de pensiones. Según informe final del FCN (No. 27) en los 6 años anteriores el rendimiento real del fondo era positivo y promedió 4,1%. No pudimos obtener cifras actualizadas de la CCSS que permitieran evaluar la situación actual.

#### ➤ **Mecanismos para mejorar la recaudación**

La LPT establece un conjunto de mecanismos dirigidos a combatir y reducir la evasión, la morosidad y la subdeclaración de salarios o ingresos, los cuales introducen o refuerzan premios y castigos y complementan las medidas judiciales ya existentes. Dichas medidas incluyen: (i) el requisito de estar al día con la seguridad social para poder contratar con el Estado, obtener certificaciones del registro público, optar por incentivos fiscales, etc. (cláusula social interna); (ii) el fortalecimiento del cuerpo de inspectores de la CCSS; (iii) la

<sup>30</sup> La excepción es cuando existe mora patronal o no aseguramiento de la persona trabajadora asalariada, en cuyo caso se debe conceder la pensión y la CCSS debe cobrar al patrón moroso (Art. 44 LCCCSS y 38 RIVM.). En estos casos se debe conceder pensión sin importar la mora patronal. Además, cuando el (la) trabajadora se da cuenta que su patrono no está reportando planillas puede hacer la denuncia ante al área técnica de Inspección de la Caja (Omar Chacón, Técnico Depto Gestión Empresarial en Salud Ocupacional, INS).

<sup>31</sup> Modificación al Art. 7 RSV del 3 de febrero del 2000,

<sup>32</sup> Art. 32 RIVM; art. 22 del Nuevo Reglamento de Seguro Voluntario, aprobado el 10 de diciembre de 2002.

<sup>33</sup> Art. 78 LPT.

<sup>34</sup> Luis Diego Calderón, Dirección de Cobros, CCSS, diciembre del 2002. En Flores, Calderón y Molina (2002).

creación del Sistema Centralizado de recaudación (SICERE); y (iv) la posibilidad de que la CCSS efectúe controles cruzados con otras bases de datos públicos, tales como las de la Dirección de Tributación del Ministerio de Hacienda.

El Cuadro 4 evidencia la complementariedad de las medidas establecidas en la LPT, incluyendo aquellas que buscan reducir la alta morosidad del Estado, tanto con el IVM como con el RNC. También aquellas que permiten establecer premios y sanciones según las empresas se encuentren al día con la seguridad social, como es el caso de la posibilidad de acceder a contrataciones del Estado o a exenciones fiscales. Estas últimas son un paso importante para eliminar la competencia desleal entre empresas según estén o no al día con la seguridad social así como para “des-judicializar” el combate a la evasión de la seguridad social. Otras medidas son las que permiten invertir mejor los recursos con que cuenta el IVM y las que otorgan nuevas fuentes de ingresos.

De todas las medidas para fortalecer financieramente a IVM, la más importante entre las que están en ejecución (debido a su impacto en potenciar varias de las otras medidas) es el Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), que comenzó a operar el 1ro de marzo de 2001. Llama la atención que ésta es también la única medida, entre todas las del Cuadro 4, que era imprescindible para poner en marcha el segundo pilar de pensiones (ver sección 2). El SICERE recauda actualmente las cotizaciones a IVM y SEM, los aportes al fondo de capitalización laboral del régimen de pensiones complementarias obligatorias (segundo pilar), y las cargas sociales que sean encomendadas a la CCSS (por ejemplo recaudación destinadas al Fondo de Asignaciones Familiares y al Instituto Nacional de Aprendizaje), así como la recaudación de las primas por riesgos del trabajo del INS y el pago del impuesto sobre la renta.<sup>35</sup>

La recaudación efectiva se realiza por medio del sistema financiero nacional, garantizando el giro a los destinatarios finales. La CCSS a su vez debe ejercer todas las acciones para controlar la evasión, la morosidad y la subdeclaración de salarios por los empleadores, sin perjuicio de las acciones que terceros puedan desarrollar mediante el proceso judicial de Juzgamiento por Faltas a las Leyes de Trabajo y Seguridad Social (art. 564 y s.s. del Código de Trabajo)<sup>36</sup>. Por lo tanto, SICERE es una herramienta poderosa cuya utilización trasciende ampliamente al marco del segundo pilar ya que es imprescindible para el cumplimiento de la cláusula social interna que establece la LPT, así como de la más reciente Directriz del Poder Ejecutivo,<sup>37</sup> que extiende dicha cláusula social al cumplimiento de todas las obligaciones laborales y de seguridad social para hacer posible la contratación administrativa con el Estado.

La implementación del SICERE ha sido objeto de valoraciones positivas y negativas por algunos funcionarios de la CCSS.<sup>38</sup> Sin embargo, hasta la fecha se carece de una evaluación oficial o de estudios externos a la CCSS que permitan conocer a fondos las fortalezas, problemas y retos que enfrenta el SICERE.

<sup>35</sup> Arts. 58 de la LPT, y 31 de la Ley Constitutiva de la Caja, reformado por el art. 85 y 87 de la LPT.

<sup>36</sup> Art. 31 de la Ley Constitutiva de la Caja, reformado por el art. 85 y 87 de la LPT.

<sup>37</sup> Presidencia de la República, Directriz No. 34, 25 de febrero del 2002.

<sup>38</sup> Retana y otros 2002.

**Cuadro 4. Medidas de la LPT para el Fortalecimiento Financiero de IVM y Estado de Ejecución, 2002.**

Tipo de medidas	LPT	Ejecución
Mejor recaudación (reducción evasión, morosidad y subdeclaración)	Estado debe presupuestar y pagar efectivamente cotizaciones a la seguridad social; de no ser así deben imponerse sanciones al Ministro de Hacienda (art. 82 LPT y 74 LCCCSS)	No; actualmente Estado adeuda más de 40 mil millones de colones <sup>39</sup>
	Controles cruzados (compras del Estado, trámites administrativos, contrataciones administrativas y obtención de beneficios fiscales)	Sí; se desconocen criterios de aplicación, instituciones que lo están cumpliendo y resultados financieros
	Sanciones en sede administrativa	
	Reforma a procedimientos judiciales	No
	Conductas sancionadas con multas	Se desconoce
	Sanciones especiales: retención indebida y cierre de establecimientos,	No
	Coordinación con Ministerio de Hacienda	No
	Responsabilidad solidaria grupo empresarial	No
Mejor manejo de ingresos existentes	Sistema Centralizado de Recaudación	Sí; se desconocen retos y problemas que enfrenta
	Nuevos parámetros y normas de inversión (arts. 39, 40, 41 y 58 de Ley Constitutiva de la CCSS)	Se desconoce; no fue posible para este trabajo obtener información de inversión solicitada a la CCSS
Nuevos ingresos	SIVM: Hasta 15% utilidades de empresas públicas (art. 77 LPT)	No
Información pública sobre	<p>Evolución general de la situación económica, financiera y contable de la CCSS, de su programa de inversiones y proyecciones sobre la evolución probable de la situación económico-financiera de la CCSS, así como sobre los niveles de cobertura, cotización, subdeclaración y morosidad</p> <p>Las medidas implementadas para el saneamiento y mejoramiento económico y financiero de la CCSS, así como sobre las medidas concretas y sus efectos en materia de cotización, sub-declaración, cobertura y morosidad</p> <p>La información estadística que de fundamento a los incisos anteriores</p> <p>Toda debe estar disponible al menos semestralmente (art. 54 LCCCSS)</p>	No se pudo obtener la información oficial correspondiente

Fuentes: LPT, Castillo y otros (2002), Cruz y otros (2002).

<sup>39</sup> Comunicación personal, miembro de Junta Directiva por el Sector Cooperativo, comunicación personal 22 de febrero del 2003; no fue posible acceder a datos oficiales que permitieran corroborar la información.



#### **d. Cálculo y reajuste de montos de las pensiones**

Para calcular el monto de las pensiones por vejez e invalidez se toman dos elementos:<sup>40</sup>

- El ingreso de referencia: la pensión se calcula con base al promedio de los 48 salarios o ingresos mensuales más altos, devengados en los últimos sesenta meses (es decir los 4 años más altos en los últimos 5 años) efectivamente cotizados antes de la pensión.<sup>41</sup>
- El aguinaldo: la pensión incluye el pago de una mensualidad adicional de una duodécima parte del total de la pensión efectiva pagada durante el año.<sup>42</sup>

Con base en estos dos elementos, la CCSS calcula el monto de la pensión por vejez o invalidez, compuesta por una cuantía básica del 60% del salario promedio y un incremento de 0.0835% del salario promedio, por cada mes cotizado después de las 240 cuotas.<sup>43</sup> La Junta Directiva fija topes máximos y mínimos para ambas pensiones.<sup>44</sup> A partir de enero del 2003 la pensión mínima es de 36.928 colones (US\$ 97) y la máxima de 465.207 colones (US\$ 1.229).<sup>45</sup> Este cálculo puede ser modificado en dos casos.

El primer caso es la pensión adicional por postergación de pensión por vejez, que se otorga cuando un asegurado que reúne los requisitos para pensionarse por vejez posterga su disfrute.<sup>46</sup> La pensión adicional paga un porcentaje del salario promedio por cada trimestre postergado y cotizado, el cual sumado a la pensión ordinaria no puede exceder de 125% del salario promedio. El porcentaje que se añade por cada trimestre postergado es 1.5% durante el primer año de postergación, 2% durante el segundo año y 2.5% durante el tercer año y siguientes. Actualmente el tope máximo de la pensión adicional por postergación es 658.267 colones (US\$ 1.740).<sup>47</sup>

El segundo caso es cuando quien recibe una pensión por invalidez además trabaja con una remuneración; se le concede entonces una pensión complementaria de vejez, equivalente al 3% del salario promedio por cada año contribuido a IVM.<sup>48</sup>

Cada seis meses, la Dirección Actuarial de la CCSS presenta a la Junta Directiva un estudio para reajustar las pensiones en curso de pago de IVM con base en la inflación, y la Junta Directiva determina el aumento tomando en cuenta estudios actuariales, el estado financiero del régimen, los cambios salariales y el costo de vida.<sup>49</sup> Dicho ajuste sigue criterios de redistribución interna del fondo IVM, en consonancia con los principios de solidaridad y equidad que rigen este seguro. Desde de enero del 2003 el reajuste de las pensiones se ha hecho con una tabla de porcentajes que descende de 4% a 0.33%, con base en el número de

---

<sup>40</sup> Art. 34 RIVM.

<sup>41</sup> Art. 23 RIVM.

<sup>42</sup> Art. 23 RIVM.

<sup>43</sup> Art. 24 RIVM.

<sup>44</sup> Art. 26 y 29 RIVM.

<sup>45</sup> Salvo que se indique lo contrario, se utiliza la cotización del dólar al primero de enero del 2003: 378,39 por un colón.

<sup>46</sup> Art. 25 RIVM.

<sup>47</sup> Junta Directiva de la CCSS, Sesión No. 7717 del 19 de diciembre del 2002.

<sup>48</sup> Art. 24 RIVM.

<sup>49</sup> Art. 28 RIVM.

meses transcurridos desde la concesión de la pensión (antes de julio a diciembre del 2002).<sup>50</sup>

Las pensiones de IVM sólo pueden sufrir las deducciones que autorice la ley, debido a pagos hechos de más o cálculos equivocados. Tampoco pueden ser cedidas, compensadas, gravadas ni embargadas por ningún concepto.<sup>51</sup>

Las pensiones por muerte son proporcionales a la pensión por invalidez o vejez que recibía el causante fallecido, o a la pensión por vejez que hubiera recibido el asegurado si aún no la disfrutaba pero ya tenía derecho a ella.<sup>52</sup> En los demás casos la pensión por muerte es proporcional al monto que hubiera recibido el causante fallecido en caso de haber sido declarado inválido al momento del fallecimiento. Esta proporción se aplica de la siguiente forma: Las pensiones por viudez se incrementan conforme al viudo o viuda (tanto cónyuge como en unión libre) aumente de edad según las categorías descritas anteriormente: 70% para la pensión por viudez cuando el viudo o la viuda sea mayor de 60 años o inválido; 60% si es mayor de 50 años pero menor de 60 años y 50% si es menor de 50 años. Las pensiones por orfandad equivalen, cada una, al 30% de la pensión que recibía el asegurado directo al momento de su fallecimiento; si es de padre y madre el porcentaje es del 60%; si ambos padres fueran asegurados y fallecieran generando derechos, la pensión será del 60% de una de las dos pensiones, según sea más conveniente para los huérfanos.<sup>53</sup> Esta forma de asignar las pensiones reafirma el criterio de dependencia económica que se analiza a continuación.

#### **e. El criterio de dependencia económica**

La dependencia económica implica que la persona no recibe ingresos propios y es asegurada indirecta en función de su relación de dependencia con el asegurado directo. En orden de prioridad, primero está la viuda e hijos(as), en ausencia de ambos tienen derecho los padres y, en ausencia de estos, los hermanos y así sucesivamente para otros (ver Anexo A).<sup>54</sup> El aseguramiento como dependiente indirecto o familiar requiere ausencia de ingresos (imposibilidad de cotizar) y es un criterio alternativo, no complementario, al aseguramiento directo bien del trabajador asalariado asegurado obligatoriamente o bien del trabajador independiente remunerado o del asegurado no remunerado, ambos asegurados voluntariamente.

<sup>50</sup> Art. 3 RIVM, ajuste de Junta Directiva del 15 de enero del 2003.

<sup>51</sup> Arts. 42 y 43 RIVM.

<sup>52</sup> Art. 27 RIVM.

<sup>53</sup> Sumadas todas las pensiones por viudez y orfandad no podrán exceder el 100% de la base de cálculo correspondiente a la pensión del causante, y si lo excediesen, todas se reducirán proporcionalmente. En este caso si algún beneficiario deja de recibir la pensión por algún motivo, las pensiones restantes se aumentarán proporcionalmente sin exceder los porcentajes antes indicados. Si sumadas todas las pensiones no se alcanza el 100%, el resto puede distribuirse entre los padres del causante, por partes iguales y sin exceder el 20% por ascendiente. En ausencia de los padres este derecho puede ser distribuido entre los hermanos en los mismos términos.

<sup>54</sup> Arts. 9 a 17 RIVM.

Hay tres situaciones en las cuales la dependencia económica como criterio para el acceso a las prestaciones genera problemas, tanto para extender la base contributiva del sistema, como para ampliar las prestaciones a las que tienen acceso las personas.

La primera situación es la de hogares con ambos cónyuges asegurados directos y más de un ingreso. En este caso, si uno de los asegurados deja de percibir ingresos propios, por ejemplo por muerte, el otro no tiene derecho a las prestaciones, dado que carece de dependencia económica según la definición legal. Paradójicamente, si esta misma pareja se separa o divorcia, quien percibe menores ingresos de los dos, puede recibir una pensión alimenticia, es decir, la pensión que se otorga a los ex cónyuges y sus hijos(as) en caso de disolución del matrimonio o unión de derecho consuetudinario. Esto es así porque las pensiones alimenticias se conceden para que las personas mantengan el nivel de vida que tenían hasta el momento y no según al criterio de dependencia económica.<sup>55</sup> Sin embargo, si en lugar de separación o divorcio, lo que ocurre es la muerte de una de los asegurados, las prestaciones se obtienen sólo si existe dependencia económica del otro y puede provocar el empobrecimiento de la pareja sobreviviente. La supeditación de la dependencia económica a la carencia de ingresos propios, es muy restrictiva y causa efectos adversos, porque puede haber dependencia económica a pesar de que los asegurados tengan un ingreso. Es necesario modificar esta situación creando mecanismos alternativos de contribución directa que cubran al cónyuge sobreviviente. Este vacío legal fuerza actualmente a asegurados de clase media a adquirir seguros de vida complementarios al de IVM.

La segunda situación es la de hogares en que uno de los trabajadores sea remunerado y hay uno asegurado directo y el otro sea otro indirecto. En este caso, el asegurado indirecto o familiar depende, para recibir una pensión por sobrevivencia, de que el trabajador remunerado sea asegurado directo dado que éstas se otorgan a personas que dependen del asegurado directo al momento de su fallecimiento. Debe observarse, en primer lugar, que las pensiones por viudez no se otorgan en reconocimiento al trabajo (no remunerado) realizado por quien la recibe, sino en virtud del fallecimiento del trabajador, el cual además se presume proveedor del hogar. En segundo lugar, las pensiones por viudez requieren, tanto en caso de matrimonio como de unión libre, que exista dependencia económica probada de las personas sobrevivientes. Si el trabajador no remunerado tiene algún tipo de ingreso, aunque sea marginal, pierde su derecho a la pensión. La pensión por viudez presupone, por lo tanto, que la familia está constituida por un trabajador remunerado y los restantes miembros son dependientes. Presupone además que una familia se sostiene con un ingreso y, por lo tanto, una vez desaparecido el trabajador remunerado, la pensión a la viuda, hijos, etc., sólo es necesaria en caso de dependencia económica, definida como ausencia de ingresos propios. Esta definición restrictiva de la elegibilidad de las pensiones por viudez puede perjudicar a muchas mujeres que están en el mercado laboral, pero cuyos ingresos no son suficientes para mantener un nivel de vida adecuado si dejan de percibir el ingreso correspondiente al asegurado fallecido. La posibilidad de combinar el acceso a la pensión por viudez con trabajo remunerado estimularía el aseguramiento directo y la cotización, aunque sea marginal, del cónyuge sobreviviente o compañero(a) (generalmente mujeres).

---

<sup>55</sup> La pensión alimenticia, “debe tomar en cuenta las necesidades y el nivel de vida acostumbrado por el beneficiario, para su normal desarrollo físico y psíquico, así como sus bienes”. Código de Familia, Ley No. 5476, 21 diciembre de 1973, art. 164, reformado por Ley No. 7654 de Pensiones alimenticias.

La tercera situación es la de trabajadores no remunerados que deciden asegurarse en forma voluntaria. Este grupo apenas llega a 3% de todos los trabajadores no remunerados que tienen acceso a los seguros de salud y pensiones, y el incentivo para asegurarse en forma directa es muy pobre. En el seguro de salud, estos trabajadores, en su mayoría mujeres, reciben los mismos beneficios que siendo asegurados familiares: atención de la salud pero no prestaciones en dinero (dado que se presume que en caso de enfermedad o incapacidad por maternidad no existe pérdida de ingresos); esto ocurre aún si estos asegurados cotizan globalmente igual o más que los trabajadores remunerados. En IVM, los beneficios de ser asegurado directo voluntario serán mayores o menores que de ser asegurado familiar, dependiendo de varios factores, como el ingreso con que se haya pensionado el cónyuge, el salario de referencia que el asegurado haya declarado, la edad en que fallezca el cónyuge, etc.

Los tres casos antes explicados indican que no existe actualmente un incentivo para que más de 700.000 trabajadores no remunerados y asegurados indirectos o familiares (principalmente mujeres) coticen a la seguridad social y, por tanto, que deben crearse mecanismos contributivos y no contributivos, así como ampliar las prestaciones a las que tienen acceso dichas personas.

## **2. Segundo Pilar de Pensiones o Régimen de Capitalización Individual**

El segundo pilar de pensiones, que comenzó a funcionar en mayo de 2001, es un régimen de capitalización plena a individual (CPI), de carácter obligatorio para todos los asalariados, cuya finalidad es complementar las pensiones de IVM.

### **a. Prestaciones y cobertura**

El segundo pilar o régimen de capitalización individual es obligatorio para todos los asalariados afiliados al primer pilar o IVM, de ahí que la cobertura obligatoria es la misma en ambos pilares o regímenes.<sup>56</sup> En diciembre de 2002 el número de asalariados afiliado era de 1.174.768.<sup>57</sup> Como ya se ha explicado no se sabe con certeza si la tasa de reemplazo de IVM es 50%, 60% o 68,8%. Cálculos actuariales del segundo pilar hechos en 1998 proyectaban que tendría una tasa promedio de reemplazo de 15% en 2025 (Mesa-Lago 1998). El FCN estableció que el segundo pilar permitiría recibir entre un 15% y un 20% del ingreso de referencia.<sup>58</sup>

El segundo pilar establece dos tipos de pensiones: una renta vitalicia y una renta permanente. La renta vitalicia consiste en una pensión mensual que se paga al trabajador por toda su vida, a partir de la fecha del retiro y hasta el día de su muerte.<sup>59</sup> Fallecido el

<sup>56</sup> Art. 9 LPT.

<sup>57</sup> SUPEN, Estadísticas de los Fondos Administrados por las Operadoras de Pensión, [www.supen.fi.cr/varios](http://www.supen.fi.cr/varios).

<sup>58</sup> Acuerdo 77<sup>a</sup>.

<sup>59</sup> Arts. 22 a 25 y Transitorio XIII de la LPT.

pensionado, los herederos no reciben ninguna pensión por este pilar (aunque sí es posible que la reciban en el primer pilar, si cumplen los requisitos ya explicados).

La renta permanente establece un período durante el cual la persona asegurada recibirá una renta y, vencido el mismo, cesa la pensión.<sup>60</sup> Si el pensionado fallece antes del cumplimiento del período acordado, el total acumulado, sus rendimientos y el saldo a la fecha de dicho fallecimiento se entregan a los herederos o beneficiarios. A diferencia del primer pilar, los herederos o beneficiarios en el segundo pilar pueden ser cualquiera que el asegurado señale al momento del aseguramiento; si no se hubiera señalado a nadie como beneficiario(a), los recursos se distribuyen según lo estipulado en IVM.<sup>61</sup>

Además de las prestaciones ya establecidas, la ley permite que la SUPEN pueda autorizar otro tipo de prestaciones, aunque no se especifica cuáles.<sup>62</sup> Los rendimientos de los ahorros y las prestaciones del segundo pilar estarán exentos de tributos.<sup>63</sup>

Para acceder a las prestaciones del segundo pilar es indispensable haber cumplido con todos los requisitos exigidos por IVM o por los otros regímenes públicos sustitutos, como el Poder Judicial y el Magisterio Nacional, y otros como Hacienda que aunque están formalmente cerrados todavía tienen beneficiarios.<sup>64</sup> Como excepción a las anteriores reglas, el Transitorio XIII establece que los afiliados al segundo pilar que se pensionen dentro de los 10 años siguientes a la vigencia de la LPT, podrán retirar la totalidad de su fondo, porque es posible que sus cotizaciones al segundo pilar sean insuficientes para acceder a renta vitalicia o renta permanente.

Existe un régimen de pensiones complementarias de carácter voluntario creado en 1995, antes que el segundo pilar.<sup>65</sup> En términos generales, la LPT respeta las condiciones establecidas en el régimen voluntario<sup>66</sup> y lo armoniza con el nuevo régimen multipilar<sup>67</sup>, estimula programas de ahorro voluntario por medio de beneficios fiscales<sup>68</sup>, y favorece la creación de administradoras de pensiones, tal y como se acordó en el FCN.<sup>69</sup> Sin embargo, después de entrar en vigencia la LPT, el acceso a las prestaciones de los regímenes voluntarios se obtiene a partir de los 57 años, o bien en casos de invalidez determinada por la CCSS, o en caso de muerte.<sup>70</sup>

## **b. Financiamiento e inversión**

La LPT estableció que el segundo pilar se financiaría con cotizaciones porcentuales aplicadas al salario reportado por los patronos a IVM.<sup>71</sup> Las cotizaciones, cuyo valor debe

<sup>60</sup> Además de un régimen complementario opcional por invalidez y muerte (arts. 27 a 29 de la LPT).

<sup>61</sup> Si no existen personas herederas, entonces la pensión corresponde a las personas herederas generales. Art. 29 LPT.

<sup>62</sup> Art. 22 LPT.

<sup>63</sup> Arts. 68 y 73 LPT.

<sup>64</sup> Art. 20 LPT.

<sup>65</sup> Ley N° 7523, de 7 de julio de 1995, Ley de Régimen Privado de Pensiones Complementarias.

<sup>66</sup> Art. Y Transitorio XV LPT. Incluye planes de fideicomiso que decidan trasladar sus recursos al tercer pilar

<sup>67</sup> Arts. 14 y s.s. LPT.

<sup>68</sup> Arts. 69 a 73 LPT.

<sup>69</sup> Informe de la Comisión de pensiones al FNC, 25 de setiembre de 1998, acuerdos 63 y 87.

<sup>70</sup> Art. 21 LPT.

<sup>71</sup> Art. 9 LPT.

ser calculado con la misma fecha valor del día de ingreso al ente autorizado<sup>72</sup>, totalizan 4.25% del salario, desglosado de la siguiente forma:

- 1% proveniente del ahorro obligatorio del trabajador al Banco Popular y de Desarrollo Comunal
- 0.25% proveniente de la mitad del aporte patronal al Banco Popular (0.50%)
- 1.5% de aporte patronal (proveniente de la disminución en un 1% las primas de riesgos de trabajo y de un 0.5% al INA)
- 1.5% proveniente del Fondo de Capitalización Laboral<sup>73</sup>

Las cuentas individuales de los fondos de pensiones (al igual que los de capitalización laboral) no pueden ser cedidas, gravadas o enajenadas y solamente se puede disponer de ellas conforme a los fines de la LPT<sup>74</sup>. Los fondos son propiedad de los afiliados y son distintos del patrimonio de la Entidad que los administra, siendo por lo tanto los afiliados al plan respectivo copropietarios del Fondo. Lo mismo ocurre con los fondos del tercer pilar de pensiones (ver más abajo).<sup>75</sup>

En materia de inversión de los fondos del segundo pilar, la ley establece que las operadoras deberán invertir hasta un 15% de los mismos “en títulos valores con garantía hipotecaria, emitidos por las entidades del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda, y que ofrezcan un rendimiento acorde con su seguridad y liquidez,” conforme a la reglamentación de la SUPEN.<sup>76</sup> Este punto es importante ya que busca que el capital del segundo pilar dinamice la economía nacional y no se exporte al exterior. Pero hasta ahora, las entidades del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda no han sido capaces de captar estos recursos.<sup>77</sup> Actualmente se anuncian reformas a la actual reglamentación de la inversión de los fondos del segundo pilar a fin de aumentar el límite de inversiones en el extranjero, en un primer período, desde 25% autorizado por la LPT (art. 62) hasta un 50% mediante el artículo 36 del reglamento. Si bien es aconsejable abrir la inversión a instrumentos extranjeros en un país con un mercado nacional de valores muy pequeño como el de Costa Rica, nos parece que el aumento del límite al 55% de la cartera es demasiado, especialmente teniendo en cuenta la actual volatilidad del mercado internacional de valores. Con un tope de 50%, Costa Rica sería el país de la región con reforma estructural que tendría, con creces, el porcentaje más alto (Mesa-Lago en prensa).

---

<sup>72</sup> Art. 48 LPT.

<sup>73</sup> El fondo de capitalización laboral se constituye con un aporte patronal de 3% del salario de cada trabajador, producto de la disminución del auxilio de cesantía del 8.33% al 5.33%. La LPT (art. 3) establece: “Del aporte indicado (... del 3% mensual) las Entidades Autorizadas indicadas en el artículo 30 deberán trasladar anualmente o antes, en caso de extinción de la relación laboral, un cincuenta por ciento (50%) para crear el “Régimen Obligatorio de Pensiones Complementarias”, en las condiciones que establece esta ley.”

<sup>74</sup> Art. 54 LPT.

<sup>75</sup> Art. 52 LPT.

<sup>76</sup> Reforma al art. 61 de la LPT del 19 de febrero del 2003.

<sup>77</sup> Las entidades del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda deben certificar la seguridad financiera por medio de una Certificación de la Superintendencia de Entidades Financieras y garantizar un rendimiento igual al rendimiento promedio de las otras inversiones que las operadoras realicen.

### c. Inequidades de género y otras introducidas por el segundo pilar<sup>78</sup>

Durante la discusión previa a la aprobación de la LPT, no fue suficientemente analizado el tema de la equidad de género en el segundo pilar de pensiones. En otros países latinoamericanos que han introducido reformas de pensiones estructurales similares a la de Costa Rica, ha quedado evidenciado que el régimen de capitalización individual agudiza las desigualdades de género, especialmente en los países que eliminaron todo componente solidario o de capitalización colectiva.<sup>79</sup>

Las pensiones de las mujeres son usualmente más bajas que las de los hombres por cuatro razones: (i) el salario de las mujeres es usualmente inferior al del los hombres en la misma ocupación (aspecto éste que no puede resolverse a través de la seguridad social sino mediante el cumplimiento del Código de Trabajo y la creación de mecanismos que incentiven una “producción limpia” de tipo laboral, social y ambiental<sup>80</sup>); (ii) la edad de retiro de las mujeres es con frecuencia inferior a la de los hombres (3 años en el retiro anticipado en Costa Rica, si bien 65 en el retiro ordinario; varios países latinoamericanos han homologado la edad de retiro de los hombres y las mujeres haciendo que éstas acumulen más cotizaciones y un fondo mayor en sus cuentas individuales); (iii) las mujeres acumulan menos cotizaciones que los hombres debido a que razones históricas relacionadas con la división sexual entre hombres y mujeres que las obliga a salir repetidamente del mercado laboral no solo para el parto y la lactancia, sino también para la crianza a los hijos (en Costa Rica esto no debería generar discriminación en relación al parto y lactancia dado que Código de Trabajo, art. 95, ordena a los empleadores que, durante la licencia pre y post-natal, continúen haciendo las cotizaciones al fondo de capitalización laboral y al fondo de pensión complementaria obligatorio;<sup>123</sup> sin embargo no hay previsiones para la crianza de los hijos), y (iv) la esperanza de vida promedio de las mujeres es mayor que la de los hombres.

Los referido problemas afectan tanto a IVM como en régimen de capitalización individual (segundo pilar) pero son más severos en el último. Los sistemas colectivos solidarios (como IVM) son más neutros en cuanto al género porque si bien las mujeres tienen una esperanza de vida mayor, la fórmula para calcular el beneficio usa tablas de mortalidad iguales para ambos sexos, transfiriendo recursos de hombres a mujeres; no obstante lo cual, si la mujer se retira más temprano, con menos años de contribución, su pensión será inferior. Los sistemas de capitalización individual (como el segundo pilar de Costa Rica) aplican tablas de mortalidad diversas por género, tanto para las rentas vitalicias como las rentas permanentes; la suma acumulada en la cuenta individual es dividida por el promedio de esperanza de vida, por lo tanto, las pensiones de las mujeres son menores que las de los hombres y más aún si ellas se retiran más temprano. Se puede argumentar que este tratamiento es más justo porque evita los subsidios entre sexos, pero ignora que las mujeres terminan pagando enteramente el costo de la crianza de los hijos, puesto que en Costa Rica, al igual que en la mayoría de los países de América Latina (una excepción es Brasil), el

<sup>78</sup> Las ideas principales en esta sección se tomaron de Castro 2000; Birgin y Pautassi 2001.

<sup>79</sup> Ver Arenas de Mesa y Montecinos 1999; Bertranou 2001; Mesa-Lago en prensa.

<sup>80</sup> “Hacia la Tercera República” 2002.

sistema de pensiones no otorga créditos por dicha labor (Castro 2000; Rocha da Silvia y Schwarzer, 2003).<sup>81</sup>

El impacto a mediano y largo plazo del segundo pilar en el aumento de la discriminación por género en Costa Rica (comparado con el impacto de IVM) debe ser estudiado y evaluado. En el aspecto específico de la licencia por maternidad, la ley establece que “para no interrumpir la cotización durante ese período, el patrono y la trabajadora deberán aportar a esta Caja (CCSS) sus cotizaciones sociales sobre la totalidad del salario devengado durante la licencia.”<sup>82</sup> Un rápido análisis de órdenes patronales de mujeres embarazadas desde la entrada en vigencia de la LPT evidencia que esto se estaría cumpliendo (dado que las órdenes son iguales antes, durante y después de la licencia).

A las inequidades por género se agrega la ya explicada entre los trabajadores asalariados e independientes, ya que el segundo pilar es exclusivo para los primeros. Mientras no se universalice la obligatoriedad del primer pilar a los trabajadores independientes, continuará profundizándose la brecha en las condiciones de aseguramiento a la seguridad social entre ambos grupos de trabajadores.[JMF2]

#### **d. Administración del Segundo Pilar en la LPT**

El segundo pilar es administrado por operadoras públicas y privadas y la LPT otorga libre elección a los trabajadores para escoger la operadora, así como libre transferencia entre operadoras, conforme a los límites y regulaciones que determine la Superintendencia de Pensiones (SUPEN).<sup>83</sup> La administración del segundo pilar por operadoras públicas y privadas, así como su gobierno por la SUPEN, no por la CCSS, es hoy objeto de discusión jurídica sobre su constitucionalidad. La Constitución Política (art. 73) regula a los seguros sociales así:

“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 del Seguro Social, no podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales. Los seguros contra riesgos profesionales serán de exclusiva cuenta de los patronos y se regirán por disposiciones especiales”.

Según este artículo, la administración y gobierno de los seguros sociales de invalidez, vejez y muerte, con contribuciones obligatorias, debe ser por una institución autónoma, la CCSS.<sup>84</sup> Además, los procesos de unificación de la administración y gobierno de los

<sup>81</sup> Por análisis de otros países latinoamericanos, Arenas de Mesa y Montecinos 1999; Bertranou 2001; Betramou y Arenas de Mesa 2003; Mesa-Lago en prensa.

<sup>82</sup> Art. 95 del Código de Trabajo.

<sup>83</sup> Arts. 2, 9 y 11 LPT.

<sup>84</sup> La Sala Constitucional ha declarado que: “... es la propia Constitución Política la que ha definido cuáles son los recursos financieros propios y ordinarios de la Caja Costarricense del Seguro Social, al señalar que los componen las cotizaciones forzosas que deben pagar el estado, los patronos y los trabajadores, fondos que son administrados y gobernados por la propia institución”. Además: “La Caja Costarricense del Seguro Social encuentra su garantía de existencia en el artículo



seguros sociales, así como de universalización, fueron aclarados con la reforma Constitucional de 1961, la cual introdujo la denominación de la “Caja Costarricense del Seguro Social” como única institución administradora y gobernadora de los seguros sociales. Estas disposiciones parecen proscribir que los fondos de esos seguros sociales puedan sean transferidos a otras administradoras públicas o privadas.<sup>85</sup> En 2000, la Asociación Nacional de Empleados Públicos y Privados (ANEP) presentó una acción de inconstitucionalidad en relación al segundo pilar, la cual se encuentra en estudio por la Sala Constitucional. No se discute la constitucionalidad del segundo pilar de pensiones, sino de que su administración no está en la CCSS sino en las operadoras de pensiones y que su gobierno está en la Superintendencia de Pensiones (SUPEN), dependiente del Banco Central y no de la CCSS.

De acuerdo con la LPT, las operadoras son personas jurídicas de Derecho Privado, o de capital público constituidas al efecto como sociedades anónimas, que deben ser autorizadas para su funcionamiento por la SUPEN, y que deben reunir todos los requisitos, estar sometidas a las prohibiciones, cumplir con los deberes, parámetros y mecanismos de inversión, tener un capital mínimo<sup>86</sup> y demás estipulaciones establecidas en la LPT y por la SUPEN.<sup>87</sup>

El acuerdo del FCN estableció que el segundo pilar fuese manejado por una red de entidades administradoras de pensiones debidamente acreditadas.<sup>88</sup> La LPT, dentro de la referencia genérica a las operadoras de pensiones, definió su naturaleza y estableció regulaciones especiales para algunas de ellas. Así la LPT permite la constitución de operadoras de pensión a instituciones públicas, bancos públicos, organizaciones sociales, bancos privados y fondos ocupacionales.<sup>89</sup> Además la LPT (art. 75) permitió que los fondos ocupacionales creados en instituciones estatales o empresas privadas a la fecha de su promulgación, puedan transformarse en operadoras de pensiones. En enero 2003 había 8 operadoras: 5 públicas y 3 privadas. Las públicas son: CCSS, Banco Popular y de Desarrollo Comunal, INS-Bancrédito Pensiones y Magisterio Nacional, Banco Nacional de Costa Rica y Banco de Costa Rica. Las privadas son: San José, Interfin-Banex y Cuscatlán.

---

73 constitucional, con las siguientes particularidades: a) el sistema que le da soporte es el de la solidaridad, creándose un sistema de contribución forzosa tripartida del Estado, los patronos y los trabajadores; b) la norma concede, en forma exclusiva a la Caja Costarricense del Seguro Social, la administración y gobierno de los seguros sociales, grado de autonomía que es, desde luego, distinto y superior al que se define en forma general en el artículo 188 ídem; c) los fondos y las reservas de los seguros sociales no pueden ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a su cometido” (Sala Constitucional, voto no. 6256-94 de las 9 hrs. del 25 de octubre de 1994).

<sup>85</sup> El artículo 1 de la Ley Constitutiva de la Caja, define a esta institución como la institución creada para aplicar los Seguros Sociales obligatorios.

<sup>86</sup> Conforme al art. 37 de la LPT, requieren un capital de constitución de 250 millones de colones que será ajustado por la SUPEN de acuerdo a la variación del IPC, más un capital de funcionamiento que será un porcentaje de los fondos administrados.

<sup>87</sup> Arts. 30 a 38, 41, 42, 44, 45, 46, 54, 55 y 58 a 66 de la LPT.

<sup>88</sup> Informe de la Comisión de pensiones al FCN. 25 de septiembre de 1998, acuerdo 81.

<sup>89</sup> Art. 74 LPT. Las asociaciones solidaristas, los sindicatos y las cooperativas de ahorro y crédito, podrán constituir operadoras de pensiones, en forma individual o asociadas entre sí, de conformidad con lo que resuelvan las respectivas asambleas. Además, el artículo 30 de la LPT establece que estas organizaciones (solidaristas y cooperativas), también pueden administrar o constituir entidades administradoras de capitalización laboral (sindicatos). En estos casos, únicamente administrarían los fondos de capitalización laboral y no podrían administrar fondos de pensiones. Tratándose de administradoras de fondos de capitalización laboral, el capital de constitución será del 10% del capital de constitución requerido para las operadoras de pensión.

Si una persona no elige operadora, es afiliada automáticamente a la del Banco Popular. Como se ve en el Cuadro 5, en diciembre 2002, 43% de los asegurados no había elegido operadora y había sido asignados a la del Banco Popular (aunque también en este porcentaje se encuentran los que eligieron operadora pero el SICERE por error los registró como de afiliación automática al Banco Popular). Si a este porcentaje se suma el de los asegurados que eligieron esta operadora, alcanza el 50%. Le sigue la operadora del Banco Nacional con un 29% de la afiliación y después la operadora privada con mayor afiliación (Interfin-Banex) con menos de 10% del total.

<b>Cuadro 5. Afiliación al Segundo Pilar según Operadora, Absolutos y Porcentajes, 2002</b>		
Operadoras	Afiliados	Porcentaje
Banco Popular y de Desarrollo Comunal / afiliaciones automáticas	510.376	43.5
Banco Popular y Desarrollo Popular / afiliaciones voluntarias	81.201	6.9
Banco Nacional	339.659	28.9
Interfin-Banex	112.936	9.6
Restantes	130.596	11.1
Total	1.174.768	100.0
Fuente: SUPEN 2002.		

La LPT estableció la responsabilidad solidaria de las operadoras y de las organizaciones sociales autorizadas, por los daños y perjuicios ocasionados por dolo o culpa de los miembros de sus Juntas Directivas, empleados y agentes promotores.<sup>90</sup> Si el patrimonio de la operadora no es suficiente para pagar las pensiones basadas en las cotizaciones de los trabajadores y los patronos, más sus intereses, una vez agotadas todas las instancias establecidas en la ley y sin perjuicio de posteriores acciones penales y administrativas, el Estado deberá completar el faltante de las cotizaciones (no intereses), procediendo a liquidar la operadora. Por tanto, el respaldo estatal es sólo parcial debido a que no paga los intereses, algo fundamental en fondos de pensiones a largo plazo, ya que después de 15 o 20 años de su existencia, el grueso del fondo que financiará la pensión estará constituido por los intereses generados, no por las cotizaciones.<sup>91</sup>

En caso de quiebra de una operadora, la LPT establece que la administración de sus fondos será trasladada a otra operadora<sup>92</sup>, para lo cual se da un plazo de 8 días a fin de que el trabajador haga su selección, ya que de lo contrario, funciona el régimen automático establecido en el artículo 39 de la LPT, que asigna la persona a la operadora del Banco Popular.

<sup>90</sup> Art. 40 y 41 LPT.

<sup>91</sup> En efecto, a partir del año 9 de existencia del fondo, el 38,47% está representado por los aportes y el 61,53% por los intereses que no son respaldados por el Estado. De igual forma, al año 30 de existencia del fondo, el 4,4% está representado por los aportes acumulados, mientras que el 95,6% del fondo está representado por los intereses que no son respaldados por el Estado (Cálculos actuariales realizados por la Operadora de Pensiones BN Vital).

<sup>92</sup> Art. 44 LPT.

### **e. Otros regímenes de pensiones complementarias**

Se han realizado avances muy importantes en la unificación del primer pilar obligatorio de pensiones. Además, a fines de los años 90 había varios planes de pensiones complementarias, a las pensiones de IVM, para diversos grupos de empleados públicos y empresas privadas, los cuales contaban con 46.000 activos y 180.000 pensionados. El acuerdo del FNC estableció que los regímenes ocupacionales de los empleados públicos se incorporarían al segundo pilar mediante un proceso de integración gradual y negociada con los sectores involucrados.<sup>93</sup> Luego de un arduo proceso de negociación, ya que el proyecto inicial establecía la eliminación de estos fondos ocupacionales en un plazo predeterminado, se acordó el respeto de los fondos entonces existentes, los cuales continuarán funcionando con las reglas establecidas hasta la fecha y bajo la supervisión de la SUPEN.

La LPT (art.75) añade tres puntos importantes. Primero, los trabajadores protegidos por regímenes ocupacionales, públicos o privados, no tendrán derecho a que se les deposite la cotización patronal del 1,5% mensual<sup>94</sup> en su fondo complementario obligatorio de pensiones, para evitar una doble cotización del empleador. Segundo, la LPT establece que para los trabajadores que ingresen a esos fondos ocupacionales con posterioridad a la vigencia de la ley, y que con posterioridad a esa vigencia dejen de pertenecer al régimen por cualquier causa (salvo pensionarse), deben trasladar su fondo ocupacional acumulado a su cuenta de segundo pilar de pensiones. Tercero, la LPT permite que los fondos sean dados en administración a una operadora de pensiones o que el propio fondo se constituya en una operadora de pensiones (Castro 2000).

## **3. Tercer Pilar o Régimen Complementario Voluntario**

La LPT creó un tercer pilar de pensiones complementarias voluntarias. En diciembre del 2002, los afiliados a este último régimen eran 190.922 (SUPEN 2002). Este tercer pilar tiene una importante relación con el primer pilar. Como ya se ha explicado, en IVM el retiro ordinario es a los 65 años, mientras que el retiro anticipado es a los 59 años y 11 meses para las mujeres, y los 61 años y 11 meses para los hombres, pero requiere un aumento proporcional de las cotizaciones. El tercer pilar facilita a los asegurados la pensión anticipada cuando carezcan de las cotizaciones suficientes, ya que éstas pueden ser completadas por el fondo de pensión complementaria voluntaria,<sup>95</sup> siempre que tengan un mínimo de 57 años de edad y acreditadas al menos 360 cotizaciones mensuales, para un período máximo de anticipación de 5 años.<sup>96</sup>

<sup>93</sup> Informe de la Comisión de pensiones al Foro de Concertación Nacional, 25/09/98, acuerdo 58.

<sup>94</sup> Establecida en el artículo 13 inciso c) de la LPT.

<sup>95</sup> Art. 26 LPT.

<sup>96</sup> Reglamento para la Regulación del Retiro Anticipado del IVM, art. 3 sesión 7699 de Junta Directiva de 24 de octubre del 2002.

#### 4. Régimen No Contributivo

El Régimen No Contributivo (RNC) se creó en 1974 por la Ley de Desarrollo y Asignaciones Familiares (LDAF).<sup>97</sup> Es un programa adicional al de IVM que ofrece protección a toda persona adulta mayor en situación de pobreza que no esté cubierta por otro régimen de pensión.<sup>98</sup> El RNC permite la universalización de los seguros sociales, incorporando a aquellas personas que no tienen capacidad de cotizar a IVM<sup>99</sup>. No es por lo tanto, un “cuarto pilar” como se denominó en el marco del FCN, aunque es administrado por la Gerencia de Pensiones de la CCSS.<sup>100</sup>

Tienen derecho a las pensiones del RNC las personas que:

- Tengan un ingreso familiar per cápita mensual inferior al costo de la canasta básica de alimentos definida por el INEC.<sup>101</sup>
- No hayan cotizado a ningún régimen contributivo, o no hayan cumplido con el número de cuotas reglamentarias o plazos de espera requeridos en esos regímenes.
- Estudio socio-económico de la CCSS (prueba de ingresos)
- Si los hubiere, determinación de patronos con obligaciones pendientes.<sup>102</sup>

Los motivos para perder el derecho a la pensión son múltiples: cambio en la situación económica del beneficiario (por ingresos que sumados a la pensión originen un ingreso mensual per cápita que sobrepase el 50% de la pensión mínima por vejez del IVM); no presentar requisitos al concluir el plazo de disfrute de 5 años o la salida del país; cuando la viuda contraiga matrimonio o entre en unión libre, el monto de la pensión no sea retirado por tres meses consecutivos; por muerte de la persona beneficiaria (si se comprueba que dependientes mantienen su estado de necesidad, puede reasignárseles la pensión a los que tengan derecho).<sup>103</sup>

<sup>97</sup> Ley 5662 de 23 de diciembre de 1974.

<sup>98</sup> Art 1 RRNC. En enero del 2003 se aprobó una reforma integral del reglamento; se trata por lo tanto de un nuevo reglamento.

<sup>99</sup> Art. 31 LCCSS.

<sup>100</sup> Art. 22 del nuevo RRNC.

<sup>101</sup> Art. 2 RRNC.

<sup>102</sup> Art. 10 RRNC.

<sup>103</sup> Plazo de prescripción en arts. 13 y 20 RRNC.

<b>Cuadro 6. Personas beneficiarias según prioridad de asignación de beneficios, 2003</b>	
<b>Prioridad (en orden)</b>	<b>Características</b>
Adultas mayores de 65 años	Que sean amas de casa
Adultos mayores de 65 años <sup>71</sup>	Con o sin dependientes
Personas con impedimento físico o mental, con o sin dependientes <sup>72</sup>	Aquellas que hayan perdido el 66% de su capacidad para trabajar y les sea por ello imposible obtener ingresos. La calificación debe ser hecha por los médicos de la CCSS. Iguales requisitos se aplican a los menores
Viudas desamparadas con o sin dependientes <sup>73</sup>	Aquellas que no se encuentren en unión libre y que únicamente debido a defunción de su cónyuge o compañero, hayan quedado desamparadas y siempre que tengan hijos menores de 18 años o inválidos de cualquier edad
Menores huérfanos <sup>74</sup>	Menores de 18 años cuyos padres han fallecido. Si están al cuidado de una familia, se girará al jefe o si en un asilo al administrador. También los menores huérfanos que nunca fueron reconocidos por el padre pueden optar por una pensión, siempre y cuando comprueben que su madre ha fallecido
Otras personas <sup>75</sup>	Aquellas entre 50 y 65 años que por deterioro físico o mental u otras razones bien fundamentadas, estén imposibilitadas para incorporarse al trabajo remunerado y su condición económica les impida satisfacer necesidades básicas de subsistencia
Fuente: Art. 31 LCCCSS; arts. 3, 4 RRNC; Reglamento para la Administración de Pensiones de la CCSS a favor de las Personas con Discapacidad.	

La excepción la constituyen las personas que padecen parálisis cerebral profunda, que se encuentren en estado de abandono, o cuyas familias carezcan de recursos económicos. Ellas tienen derecho a una pensión vitalicia, equivalente al menor salario mínimo legal mensual fijado por el Poder Ejecutivo, que se paga mensualmente de los fondos del RNC y se ajusta a la suma correspondiente cada vez que se haga una nueva fijación de salarios mínimos.<sup>104</sup>

El cuadro 6 detalla los criterios de asignación y prioridades establecidos por la CCSS para conceder las pensiones del RNC. En la sección siguiente se analiza en qué medida estos criterios de asignación se están cumpliendo en la práctica.

### **a. Prestaciones y cobertura**

Las prestaciones incluyen sumas en dinero y otros beneficios. Las prestaciones en dinero consisten en un monto que fija periódicamente la Junta Directiva de la Caja.<sup>105</sup> Se basa en la cuantía básica para beneficiarios sin dependientes, a lo que se agrega un porcentaje de acuerdo al número de dependientes.<sup>106</sup> En el marco del RNC constituyen dependientes:<sup>107</sup>

- el cónyuge o compañero de cualquier sexo que no pueda valerse por sus propios medios o sean adultos mayores de 65 años,
- las personas que posean impedimento físico o mental,

<sup>104</sup> Ley Nro. 7125 de 24/01/1989 y Reglamento para la Administración de Pensiones de la CCSS a favor de las Personas con Discapacidad.

<sup>105</sup> Art. 9 y 10 RRNC.

<sup>106</sup> Un 10% para beneficiario con 1 dependiente; 20% con 2 dependientes; 30% con 3 dependientes.

<sup>107</sup> Art. 3 RRNC.

- los menores de 18 años,
- en casos especiales, personas adultas cuya presencia permanente en el hogar resulta indispensable a los fines de atención y orientación del grupo familiar

Según la LPT, la pensión del RNC debería ser no menor del 50% de la pensión mínima por vejez de IVM,<sup>108</sup> sin embargo, en enero del 2003 la pensión del RNC era un 37% de la pensión mínima de IVM. En enero del 2003 el monto mensual de las pensiones del RNC fue de 13.800 colones (US\$ 36,50), salvo en el caso de las personas con parálisis cerebral que fue de 81.200 colones (US\$ 214,60), es decir, casi 6 veces mayor.<sup>109</sup> El monto actual de la pensión del RNC era algo superior a la canasta básica mensual de alimentos estimada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos para enero del 2003 en 12.622 colones para el país (US\$ 33,50), en las zonas urbanas era virtualmente igual 13.695 colones (US\$ 36,20) y superior en las zonas rurales (11.641 colones o US\$ 31) (INEC 2003).

Las prestaciones que no son en dinero incluyen la cobertura por el seguro de salud en calidad de pensionados,<sup>110</sup> y el programa de servicios sociales para personas que por su condición de salud y abandono requieran de un Hogar de Ancianos o institución similar (el costo total de esta prestación social no puede superar el 10% de los gastos de operación del régimen).<sup>111</sup> Para poder disfrutar en forma continua de beneficios existe la obligación de participar en los programas y las actividades para el mejoramiento en el nivel de vida que la CCSS determine.<sup>112</sup> A tales efectos existe un reglamento de prestaciones sociales del sistema de pensiones (IVM y RNC) que incluye programas de educación y capacitación, de estancias y ayuda social, preparación para la jubilación, etc.<sup>113</sup>

Por tratarse de un régimen no contributivo, los derechos se adquieren de forma no permanente. La CCSS puede variar, reducir o suspender las prestaciones, conforme a sus posibilidades financieras y limitaciones del régimen.<sup>114</sup> También puede suspender o cancelar el derecho si determina que han cambiado las condiciones de vida de los beneficiarios.<sup>115</sup> Las causas para suspender el beneficio son:<sup>116</sup>

- Cuando el pensionado se niegue a participar sin justificación en alguno de los programas y actividades que para su mejoramiento de nivel de vida determine la CCSS (tiene relación con el artículo 11 del reglamento, que establece la obligación de participar en estos programas),
- Cuando la CCSS considere necesario evaluar la condición de invalidez, viudez o estado mental del pensionado y éste se niegue a presentar los documentos,
- Cuando la viuda contraiga matrimonio o entre en unión libre, y
- Cuando el monto de pensión no sea retirado por tres meses consecutivos.

<sup>108</sup> Art. 31 LCCCSS.

<sup>109</sup> Jorge Rivera, Gerencia de Pensiones, consulta personal Shirley Blanco febrero del 2003.

<sup>110</sup> Art. 5 RRNC.

<sup>111</sup> Art. 5 RRNC.

<sup>112</sup> Art. 11 RRNC.

<sup>113</sup> 2 de febrero de 1998.

<sup>114</sup> Art. 7 RRNC.

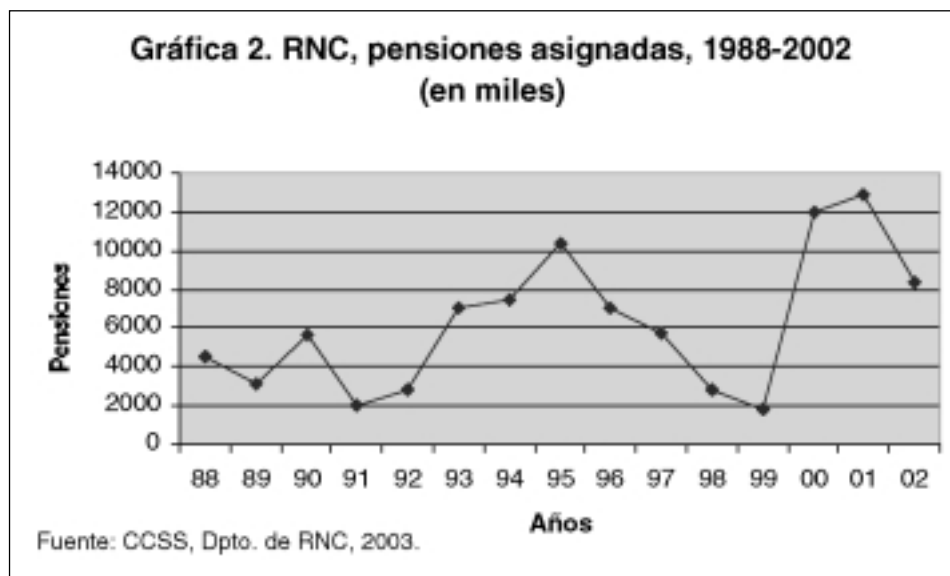
<sup>115</sup> Art. 8 RRNC.

<sup>116</sup> Art. 13 RRNC.

Las causas para cancelar el beneficio son:<sup>117</sup>

- Cuando muera el pensionado,
- Cuando se compruebe que el pensionado se dedica a labores asalariadas permanentes,
- Cuando el pensionado adquiera derecho a pensión por alguno de los regímenes contributivos,
- Cuando cambie la situación económica del beneficiario (que cuente con ayudas, ingresos, rentas o pensiones que originen un ingreso per cápita mensual superior al 50% de la pensión mínima por vejez,
- Cuando el pensionado por invalidez supere su estado de incapacidad para generar ingresos, y
- Cuando el beneficiario traslade su domicilio a otro país.

En diciembre de 2002 el RNC cubría a 85.000 pensionados directos y tenía un presupuesto de 1.200 millones de colones mensuales (Castillo y otros, 2002). No se tienen cifras del porcentaje de la población de 65 años o más elegible que actualmente recibe dichas pensiones. No obstante, la Gráfica 2 presenta las nuevas pensiones otorgadas por el RNC en 1988-2002, cuyo número aumentó notablemente a partir de 2000, el año en que entró en vigor la LPT (CCSS; Departamento de RNC).



De acuerdo a una consulta hecha al Departamento de RNC, no hay disponible una desagregación por sexo de las pensiones del RNC. Sin embargo, esta fuente señala que la relación entre hombres y mujeres se ha mantenido constante, 45% y 55% respectivamente, lo cual sugiere que no ha habido grandes variaciones en la asignación que refleja las

<sup>117</sup> Art. 14 RRNC.

prioridades definidas por la LPT (ver cuadro 6). Para conocer cuál es la situación en mayor detalle es necesario contrastar datos relativos a la población meta del RNC, con los datos de cobertura. Estimaciones recientes indican que el RNC cubre al 44.5% de la población meta (Durán 2003) y que la lista de espera actual del RNC sería de 11.000 personas (Castillo y otros 2002).

También es importante conocer la calidad de la asignación, en particular los tiempos de espera para recibir la pensión una vez solicitada. Dado que existe una larga lista de espera y que las pensiones otorgadas no cubren el 100% de la demanda, sería importante determinar en función de qué criterios se asignan las nuevas pensiones.

Finalmente, un tema que requiere cifras y un análisis objetivo para luego tomar decisiones adecuadas de políticas, es el peso relativo de los inmigrantes, en particular de Nicaragua, en el acceso a las pensiones del RNC. Funcionarios de la CCSS consideran a dichos inmigrantes como responsables de un “desplazamiento” en la atención de los asegurados directos, es decir, que los costarricenses y cotizantes estarían viendo amenazada su atención por los inmigrantes nicaragüenses no cotizantes. Esta visión asimila nacionalidad y cotización, pero es posible que la inmensa mayoría de los beneficiarios del RNC sean costarricenses y que muchos nicaragüenses sean cotizantes.

## **b. Financiamiento**

El RNC se financia con el 20% de los ingresos de FODESAF y con las cargas tributarias sobre licores y cigarrillos.<sup>118</sup> Además, la LPT aprobó dos fuentes complementarias: el 50% de multas por infracciones a leyes de trabajo,<sup>119</sup> y el 95% de la utilidad neta que obtenga la Junta de Protección Social por lotería electrónica (si no alcanza 3.000 millones de colones, el Poder Ejecutivo debe incluir en el presupuesto la transferencia de la respectiva diferencia: 1.000 en primer año, 2.000 mil en segundo y 3.000 a partir del tercero).<sup>120</sup> Hasta el momento ninguna de estas fuentes ha sido, sin embargo, transferida al RNC. El Cuadro 7 muestra la ejecución actual de dichas medidas.

---

<sup>118</sup> Art. 15 RRNC y 4 LDSAF.

<sup>119</sup> Art. 612 CT.

<sup>120</sup> Art. 44 Ley de Loterías, 77 y transitorio XVI LPT.



<b>Cuadro 7. Medidas sobre Ingresos para el Fortalecimiento Financiero del RNC, en la LPT y Posteriores, y Estado de Ejecución, 2003</b>		
<b>Ingresos</b>	<b>Medidas</b>	<b>Ejecución</b>
Existentes (LPT)	El Estado debe presupuestar y pagar efectivamente sus cuotas al RNC; de no ser así debe sancionarse al Ministro de Hacienda (art. 82 LPT y 74 LCCCCSS)	No, asciende a 54 mil millones <sup>121</sup>
Nuevos (LPT)	95% de la Lotería Electrónica (art. 86 LPT)	No
	Diferencia entre 95% de la lotería electrónica girada, y la suma de c. 3.000 millones anuales a alcanzarse en un plazo de 3 años (actualizado según Índice de Precios al Consumidor) (art. 77 LPT)	No
	50% multas recaudadas por infracciones laborales (modificación al art. 612 del Código del Trabajo)	No
Nuevos (posteriores LPT)	Recursos provenientes de impuestos a licores y cigarrillos (modificación del RIVM del 15 de enero de 2003)	
Fuentes: LPT; Art. 15, Ley 7972 “Cargas Tributarias sobre Licores y Cigarrillos”; Castillo y otros 2002.		

<sup>121</sup> Comunicación personal, miembro de Junta Directiva por el Sector Cooperativo, comunicación personal 22 de febrero del 2003; no fue posible corroborarlo con datos oficiales.

### III. SALUD

El gasto público social de Costa Rica equivale a un 16% del Producto Interno Bruto (PBI) (Trejos, 2002b). Forman parte del sector además de la CCSS y el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Seguros, el Instituto de Agua y Alcantarillados, las municipalidades y el sector privado.<sup>122</sup> En materia de gasto, el sector salud equivale al 4,8% del PIB, al 29% del gasto social y al 19% del gasto público (Trejos, 2002). De todo el gasto en salud, el gasto privado era 31.5% en 2000 y ha mostrado un aumento paulatino y sostenido desde 1991 (ver Cuadro 8).

El gasto en salud continúa dominado por el sector público pero con un aumento gradual y sostenido del gasto privado que ascendió del 26.4% en 1991 al 31.5 en el 2000. De acuerdo con Herrero y Picado (2002) en 1986 la relación era 80-20 mientras que en 2001 era 70-30 (Kleyssen (1992) y Herrero y Durán (2001)).<sup>123</sup> Esto no incluye la proporción del gasto público que se canaliza a través del sector privado, estimaciones de las que se carece. El Cuadro 9 muestra la composición del gasto público entre las principales instituciones del sector que se analizan en este trabajo, CCSS y Ministerio de Salud.

<b>Cuadro 8. Principales Indicadores del Gasto en Salud en Costa Rica, 1991-2000</b>				
Año	Gasto per capita (US\$)	Distribución porcentual (%)		Gasto como proporción del gasto social
		Público	Privado	
1991	137.8	73.6	26.4	32.3
1992	149.8	71.7	28.3	30.0
1993	168.3	72.4	27.6	29.4
1994	192.2	72.6	27.4	29.2
1995	209.0	71.2	28.8	30.1
1996	205.6	71.1	28.9	28.9
1997	214.9	69.2	30.8	27.3
1998	225.4	70.1	29.9	28.3
1999	243.8	69.8	30.2	29.7
2000	257.2	68.5	31.5	29.0
Fuente: Herrero y Picado 2002.				

El SEM constituye un fondo de reparto, al cual van todas las cotizaciones correspondientes y el cual financia todos los servicios de atención de la salud, así como las prestaciones en dinero.<sup>124</sup> El SEM no admite discriminación en las prestaciones en salud entre asegurados, contributivos y no contributivos, directos e indirectos,<sup>125</sup> y sus prestaciones deben responder a las necesidades efectivas de la población.<sup>126</sup>

<sup>122</sup> Por un análisis del seguro de riesgos del trabajo del INS, ver Martínez, Castro y Trejos 2002.

<sup>123</sup> Estos últimos hacen un exhaustivo análisis del gasto en salud comparando las dos últimas Encuestas de Hogares (1993 y 1998) que incluyeron un módulo especial de gasto en salud.

<sup>124</sup> Art. 33 LCCCSS.

<sup>125</sup> Art. 2 RSS.

<sup>126</sup> Art. 4 RSS.

**Cuadro 9. Ejecución del Presupuesto de Salud en Costa Rica, 2001**

Rubros	Ejecución (millones de colones co- rrientes)	Gasto de salud en % del gasto del gobierno general
Gobierno (central, entidades adscritas, insti- tuciones de servicios y gobiernos locales)	1.356.746,9	100.00
Ministerio de Salud <sup>145</sup>	23.938,8	1.74
<i>Rectoría</i>	4.685,5	0.34
CCSS	342.065,1	25.21
<i>SEM</i>	259.829,7	19.15
<i>SIVM</i>	82.234,8	6.06
Resto del gobierno	990.743	73.05
Fuente: Trejos 2003.		

Esta sección de salud, debido a su complejidad, será dividida en dos partes: (1) los servicios de salud, valorando las características del acceso y (2) la reforma de salud, analizando los instrumentos de política que persiguen mejorar la entrega de servicios. La primera parte se basa en una actualización de información recopilada y analizada anteriormente por Martínez, Castro y Trejos (2002), y la segunda parte en Martínez (2001).

## 1. Servicios de Salud

Esta sección analiza los tipos de aseguramiento o acceso, las prestaciones a las que tienen derecho los que tienen acceso, los requisitos para el acceso, las fuentes de financiamiento, y los motivos para perder el derecho al acceso y a sus beneficios.

### a. Tipos de aseguramiento

El SEM tiene tres tipos de aseguramiento y un acceso sin aseguramiento (ver Cuadro 10). De acuerdo a estos tipos de aseguramiento, quienes son asegurados directos al sistema son los trabajadores asalariados y los no asalariados que voluntariamente decidan incorporarse al seguro. Al igual que en pensiones, los asalariados tienen cobertura obligatoria, mientras que los no asalariados (ya realicen trabajo remunerado o no remunerado) pueden afiliarse de manera voluntaria.

El aseguramiento por el Estado, constituye un primer mecanismo para cubrir a las personas sin capacidad contributiva, aplicando así los principios de universalidad y obligatoriedad que rigen el SEM, al igual que las pensiones mediante el Régimen No Contributivo. El segundo mecanismo de expansión de cobertura y cumplimiento de dichos principios es el aseguramiento familiar, por el cual las personas que no tienen trabajo remunerado y demuestren su dependencia económica, son aseguradas indirectamente por su relación con un asegurado directo. Todos los cambios analizados en la sección de pensiones relativos a la universalización de IVM se aplican al SEM. También se aplican los mismos tipos de aseguramiento familiar para personas dependientes analizados en IVM (ver Anexo B).

## **b. Prestaciones**

El SEM ofrece dos beneficios: atención de la salud y prestaciones o subsidios en dinero. Estas últimas son incompatibles con las prestaciones en dinero del seguro de riesgos del trabajo y del seguro por accidentes de tránsito, ambos operados por el INS. El SEM también otorga prestaciones sociales, las cuales incluyen cooperación con instituciones de beneficencia pública o privada dedicadas a la atención de grupos vulnerables.<sup>127</sup>

## **c. Beneficios en dinero según categorías de aseguramiento**

Los beneficios a los que tienen derecho los asegurados varían según la categoría de aseguramiento:

- Los asegurados directos asalariados tienen acceso a todos los beneficios del SEM y a un 100% de los beneficios en dinero
- Los asegurados directos en forma voluntaria que son independientes tienen acceso a todos los beneficios pero a menores subsidios en dinero que los asalariados
- Los asegurados directos en forma voluntaria que no realizan trabajo remunerado, no tienen acceso a ningún beneficio en dinero

Los dependientes que no realizan trabajo, tienen acceso a los servicios de salud, pero no a las prestaciones en dinero del SEM.

---

<sup>127</sup> Existen otros servicios, tales como prótesis, funerales, etc., que se describen en la tabla que sigue más abajo.

<b>Cuadro 10. Tipos de Aseguramiento en el SEM, 2003</b>	
<b>Tipos de aseguramiento</b>	<b>Quiénes acceden</b>
<b>Directo</b>	<p>Quienes mediante pago de cotizaciones generan derechos en el seguro de salud, tanto para sí como para su familia. Incluye: trabajadores asalariados, pensionados, asegurados voluntarios, y por cuenta del Estado:</p> <p><u>Asegurados directos obligatorios.</u> Asalariados.</p> <p><u>Asegurados directos voluntarios.</u> Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajadores independientes que reciben un ingreso, tengan o no trabajadores a su cargo</li> <li>- Asegurados facultativos: que han dejado de ser asegurados obligatorios y deciden continuar siendo asegurados en forma voluntaria</li> <li>- Asegurados rentistas: que sin ser trabajadores activos, poseen ingresos propios y desean pagar por cuenta propia su aseguramiento.</li> </ul> <p>El aseguramiento puede ser individual o colectivo a través de grupos organizados por medio de convenios especiales, siempre que el grupo tenga al menos 50 miembros y personería jurídica. Estos convenios duran 1 año y permiten la inclusión de nuevos afiliados que califiquen dentro de la actividad del grupo.</p> <p><u>Asegurados voluntarios:</u> personas sin actividad económica propia que desean afiliarse y cotizar voluntariamente al SEM y a IVM.</p> <p><u>Estudiantes:</u> que no son trabajadores, dedicados exclusivamente al estudio, que paga el costo de su aseguramiento.</p> <p><u>Por cuenta del Estado:</u> Quienes son indigentes, no están comprendidas en ningún otro seguro o convenios de la CCSS, y con incapacidad de pago para cubrir las cotizaciones del seguro. Se considera como indigencia al núcleo familiar completo que no pueda satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, vestuario, vivienda y salud. Se estima de pleno derecho cuando el núcleo familiar gane el equivalente al salario mínimo o menos. Si el núcleo familiar obtiene ingresos superiores al equivalente del salario mínimo, pero no satisface necesidades mencionadas, puede ser asegurado por el Estado. Las cotizaciones son cubiertas por el Estado, mediante un mecanismo especial de financiamiento, basado en núcleos familiares.</p>
<b>Familiar</b>	Personas, hombres o mujeres, que adquieren condición de aseguramiento debido a que cumplen con ciertos requisitos respecto al asegurado directo (como parentesco, dependencia económica, edad y otros). Se define como compañero(a) al hombre o mujer, que convive en unión libre, en forma estable y bajo un mismo techo con otra de distinto sexo.
<b>No asegurados</b>	Cuando la atención sea urgente serán atendidos de inmediato, bajo su responsabilidad económica, debiéndose hacer el pago luego de la atención. Si no es de urgencia, el pago debe efectuarse antes de la atención, sin perjuicio de poner a su disposición las alternativas de aseguramiento.
Fuente: Reglamento del RSV del 23 de enero de 2003; arts. 2, 7, 9, 10, 11, 12, 13; Ley 5349 de 1973 y decreto 17898-S; y art. 61 RSS.	

**Cuadro 11. Beneficios a los que Tienen Derecho los Asegurados, por Categoría de Aseguramiento, 2003**

Condición de aseguramiento	Servicios para todos los asegurados	Beneficios que varían según tipo de aseguramiento <sup>128</sup>
Directa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención integral de la salud<sup>129</sup></li> <li>- Prótesis, anteojos y aparatos ortopédicos</li> <li>- Traslados, incluyendo a asegurados familiares, acompañante y hospedajes</li> <li>- Funeral por fallecimiento de asegurado directo, su cónyuge o compañero(a)</li> <li>- Libre elección médica</li> </ul>	<p><u>Incapacidades por enfermedad:</u> hasta por 52 semanas prorrogable hasta 26 adicionales con requisitos especiales de cotización.<sup>130</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asalariados: 50% del salario primeros 3 días pagados por patronos y 60% desde cuarto día financiado por CCSS<sup>131 132</sup></li> <li>- Voluntarios independientes: 25% de subsidio diario si ha contribuido 2 cuotas o menos; 50% si entre 3 y 5 cuotas; 75% si entre 6 y 8 cuotas; y 100% si 9 o más cuotas, financiado por CCSS</li> <li>- Voluntarios no independientes: no reciben subsidios. 100% del subsidio no corresponde a 100% del salario (ver más abajo en esta sección).</li> </ul> <p>En ambos casos paga por período vencido o cuando vence incapacidad. Antes del 1/01/96 era optativo el ingreso de estas personas a IVM. Desde entonces, si se cotiza a SEM, es obligatorio cotizar a IVM.</p> <p><u>Licencia por maternidad:</u> -durante 4 meses.<sup>133</sup> Pago por mes adelantado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asalariadas: 100% de salario, 50% pago por patrono(a) y 50% por SEM; requiere haber aportado 3 cuotas consecutivas, o 6 en 12 meses anteriores al parto. Si incapacidad anterior a parto, plazos rigen desde inicio de incapacidad.</li> <li>- Independientes: 100% del subsidio = 50% ingreso de referencia; subsidio depende de cotizaciones realizadas: 3 a 5 = 25% de ingreso; 6 a 8 = 37.5%, y 9 o más cuotas = 50%.</li> <li>- Voluntarias no independientes: no reciben subsidios.</li> </ul>
Por cuenta del Estado	Atención integral de la salud	No corresponde
Familiares	Atención integral de la salud	No corresponde

Nota: Según Código de Trabajo corresponde 1 mes anterior al parto y 3 meses posteriores a éste, correspondientes a período de lactancia, el cual por prescripción medica puede prorrogarse (Art. 95 CT); según el Reglamento del SEM: licencia hasta por 4 meses (pre y post parto) (Art. 40 RSS).

Fuente: RSS; arts. 28 a 30, 34 a 36, 38, 42, 43, 47 a 52; Reglamento para el otorgamiento de incapacidades y licencias a los beneficiarios del SEM; Código de Trabajo, art. 85.

<sup>128</sup> Art. 36 y 38 RSS.

<sup>129</sup> Durante toda la incapacidad, salvo que enfermedad haga indispensable continuar tratamiento para evitar riesgo social mayor. Arts. 26, 58 RSS.

<sup>130</sup> Con 6 cuotas mensuales durante 12 meses previos a inicio de incapacidad, siempre que últimos 3 meses sean continuos e inmediatamente anteriores a ésta; prorrogable hasta 26 semanas adicionales si cotizó 9 cuotas mensuales en 12 meses anteriores a incapacidad. Art. 34 RSS.

<sup>131</sup> Este 60% equivale a 4 veces las cotizaciones realizadas al seguro en los 3 meses anteriores a la incapacidad (es decir,  $4 \times 15\% = 60\%$ ); art. 36 del RSS.

<sup>132</sup> Si no reúne requisitos pero cotizó 1 o 2 cuotas puede incapacitarse hasta 12 semanas; si ha realizado 3 cotizaciones consecutivas antes de la incapacidad, y además ha cotizado 6 cuotas en los últimos 12 meses, se le extiende la incapacidad hasta 26 semanas; art. 38 RSS.

<sup>133</sup> Salvo licencia post parto en caso de fallecimiento del “ser procreado”, de producirse al momento de nacimiento o dentro del mes posterior a su nacimiento, modifica plazo original y otorga 1 mes y medio a partir de fecha del parto; Art. 41 RSS.

El Cuadro 11 detalla los beneficios de acuerdo con el reglamento. Las prestaciones en dinero tienen por objeto compensar la incapacidad, temporal o permanente, de los asegurados directos que trabajan por remuneración. Los que no realizan trabajo remunerado no tienen derecho a estos beneficios, aunque contribuyan al sistema. Tampoco lo tienen los asegurados familiares que son dependientes y no trabajadores. Hay una doble estratificación de beneficios: entre asalariados y asegurados voluntarios que son trabajadores independientes, y entre éstos últimos y los asegurados voluntarios que no realizan trabajo remunerado. A continuación explicamos como se ha llegado a esta situación.

Originalmente, el reglamento establecía que los asegurados voluntarios, tuvieran o no trabajo remunerado, tenían los mismos beneficios en especie (atención de la salud), que los asegurados directos asalariados, no así de los beneficios en dinero. Esta situación fue recurrida ante la Sala Constitucional, la que por sentencia de 22 de marzo del 2000 estableció que, luego de un período inicial de expansión de cobertura de los seguros sociales a los asalariados, la CCSS tenía la obligación constitucional de generalizar la cobertura a la población trabajadora independiente, familiares e indigentes. Sin embargo, la Sala consideró que la CCSS, inició este proceso de forma discriminada, porque los trabajadores independientes también se ven afectados por la pérdida de ingresos durante los períodos de incapacidad y que los asegurados voluntarios en general, sean trabajadores independientes o no, contribuyen al SEM mediante el pago de cotizaciones. La Sala concluyó que es discriminatorio otorgar los subsidios en dinero únicamente a los asalariados. Dado que los asegurados voluntarios carecen de cotización patronal y siendo al Estado a quien corresponde suplir la ausencia de dicha cotización, la Sala concedió a la CCSS un año para que *“efectúe los estudios actuariales respectivos y promulgue la normativa que regulará las condiciones en que se concederá el subsidio en dinero a los asegurados voluntarios que califiquen en la categoría de población económicamente activa”*.

La Sala otorgó a la CCSS un año para dictar el reglamento correspondiente y la CCSS emitió el nuevo Reglamento del Seguro Voluntario (enero del 2003), en el que hace una clara distinción entre los asegurados voluntarios, introduciendo las categorías de independientes y voluntarios propiamente dichos.

Adicionalmente a la sentencia de la Sala Constitucional, la Ley de Protección al Trabajador (LPT) ordenó a la CCSS que en un período máximo de 5 años a partir de la entrada en vigencia de la Ley, los seguros sociales se extiendan ya no voluntaria sino obligatoriamente a los trabajadores independientes.<sup>134</sup> Con base en estos antecedentes, la CCSS ha realizado las reformas siguientes:

- separar a los asegurados independientes de los otros asegurados voluntarios;
- disminuir el monto global de cotización de los asegurados independientes (ver Cuadro 12);

---

<sup>134</sup> Transitorio XII y XVIII LPT.

**Cuadro 12. Cotizaciones Globales, por Cotizante y Categoría de Aseguramiento, 2003**

Categoría de Aseguramiento	% Global		% Trabajadores		% Patronos		% Estado	
	Antes	Ahora	Antes	Ahora	Antes	Ahora	Antes	Ahora
Asalariados	15	15	5.5	5.5	9.25	9.25	0.25	0.25
Voluntarios independientes	9.50 a 14	8	5.75 a 13.75	4.75 a 7.75	0	0	0.25 a 3.75	0.25 a 3.25
Voluntarios no remunerados <sup>135</sup>	9.50 a 14	9.50 a 14	5.75 a 13.75	5.75 a 13.75	0	0	0.25 a 3.75	0.25 a 3.75

Fuentes: Acuerdos de Junta Directiva: art. 19 sesión 7397 del 9 de diciembre del 1999; art. 6 sesión 7470 del 17 de agosto del 2000; y art. 62 RSS.

- reducir la participación estatal a las cotizaciones de los asegurados independientes;
- como consecuencia de lo anterior, justificar que los asegurados independientes recibieran menores beneficios en dinero que los asalariados (ver Cuadro 13), debido a que el tope de subsidio por enfermedad equivale a 4 veces la contribución global de los asegurados (15% en el caso de los asalariados para un subsidio total de 60%, y 8% en el caso de los independientes, para un subsidio total de 32%). En el caso de maternidad, el tope de subsidio es de 3.33 veces la contribución global, un subsidio total de 50% para los asalariados, complementado por un 50% que paga el patrono durante la licencia, pero un subsidio de sólo 26.64% para los trabajadores independientes, y
- excluir a los asegurados voluntarios que no realizan trabajo remunerado, de los beneficios en dinero, a pesar de que estos cotizan, individualmente, más que los trabajadores voluntarios independientes y asalariados, y globalmente, más que los independientes;
- finalmente, anunciar un camino de universalización en la obligatoriedad del aseguramiento para independientes que estratifica beneficios en relación a los que reciben los trabajadores asalariados.

**Cuadro 13. Subsidios a los Asegurados Voluntarios Independientes, 2003**

Incapacidades por enfermedad <sup>136</sup>			Licencias por maternidad <sup>137</sup>			
Cotizaciones	% subsidio	% salario diario	Cuotas cotizadas	Días de licencia	% subsidio	% salario diario
1 o 2	25	8	1 o 2	84	25	6.66
3 a 5	50	16	3 a 5	120	50	13-32
6 a 8	75	24	6 a 8	120	75	19-98
9 y más	100	32	9 y más	120	100	26.64

Fuente: Aguilar 2002.

<sup>135</sup> Rentistas y facultativas.

<sup>136</sup> Art. 36 RSS.

<sup>137</sup> Art. 43 RSS. El art. 42 del RSS fue anulado por inconstitucional; en el se establecía un período de cotización mínimo de 6 meses para poder gozar de la licencia por maternidad. Ahora el único caso en que hay que pagar los costos de parto y relacionados es cuando la mujer se asegura una vez internada. En el nuevo RSV solo se establece requisito mínimo de cotización para otros servicios; el art. 8 refiere a cirugías complejas, enfermedades congénitas o preexistentes de alto costo en su manejo, o padecimientos adquiridos en su país de origen en el caso de los extranjeros, de acuerdo con las definiciones que deberá realizar la Gerencia de División Médica, servicios para los cuales se establece con un plazo de calificación de seis meses dentro del cual deben haberse pagado mensualmente las cotizaciones respectivas.



## ➤ Beneficios en dinero durante licencias por maternidad

En un principio, el Reglamento del SEM establecía que para la protección por maternidad las aseguradas debían haber cotizado al menos 6 meses antes de la fecha del parto, si no, debían pagar la totalidad del costo del servicio, a diferencia de lo que sucedía con las incapacidades por enfermedad. Para estas últimas la CCSS requería un período de cotización de 6 meses, pero concedía beneficios proporcionales si el período de cotización había sido menor. Pero el nuevo RSV de 2003 establece que, a partir del momento en que hayan pagado las cuotas correspondientes, se gozará de los derechos sin importar la fecha de ingreso, sea como independiente o voluntario. No se tendrá derecho a recibir prestaciones en dinero ni otras prestaciones en las que se especifique un plazo de calificación determinado (art. 6), salvo si se determina que al momento de su afiliación al seguro voluntario, el solicitante o sus beneficiarios están internados, en cuyo caso el asegurado debe pagar el costo en que haya incurrido la institución.<sup>138</sup>

La Sala Constitucional decidió, por sentencia del 22 de marzo del 2000, que no justificaba el argumento de la CCSS de que la enfermedad es una contingencia imprevisible mientras que el embarazo puede ser planeado. El objetivo del subsidio por incapacidad o licencia es sustituir parcialmente la pérdida de ingresos durante ese período, de ahí que no es constitucional dejar desprotegida a la madre, el niño o la niña y el núcleo familiar en general. Debido a esta sentencia, la CCSS reformó el Reglamento del SEM, no así el de RSV, con los resultados siguientes:

- las aseguradas directas asalariadas reciben el 100% del subsidio (siempre que hayan cotizado por lo menos 3 cuotas consecutivas antes de la licencia o el parto, o 6 en los 12 meses anteriores al parto), equivalente al 50% del salario diario, complementado por otro 50% que aporta el patrono;
- las aseguradas directas voluntarias independientes reciben el 100% del subsidio (siempre que hayan cotizado durante 9 meses), equivalente al 26.64% del salario diario, y
- las aseguradas directas voluntarias que no trabajan remuneradamente, no reciben ningún subsidio, y si no han cotizado por lo menos 6 meses antes del parto, deben pagar el servicio que se les brinda.<sup>139</sup>

Los logros obtenidos en la licencia por maternidad por las aseguradas asalariadas han generado un efecto “boomerang”: hay un porcentaje importante de ellas que se embarazan y son despedidas sin prestaciones.<sup>140</sup> Para el empleador, los costos de la licencia por maternidad son muy altos, en particular cuando debe sustituir a la trabajadora por otra y se trata de empresas que tienen entre 1 y 9 empleados, en las que se concentra más de la mitad de las mujeres trabajadoras (INAMU/OIT, 2000: 30). Normalmente, cada patrono paga 138.23% por cada asalariado (combinando salario, cargas sociales, vacaciones y aguinaldo). Cuando una trabajadora se embaraza y no es reemplazada, el patrono paga 88.23% de

<sup>138</sup> Art. 4 nuevo RSV.

<sup>139</sup> Art. 4 RSV.

<sup>140</sup> MTSS, 2001a; 2001b; 2000; Lic. Ymileth Jiménez, Encargada Unidad de Género, MTSS; Lic. Judith Salas, Delegación de la Mujer, INAMU.

su salario, pero si la trabajadora embarazada es reemplazada durante la licencia, el patrono tiene que pagar 226.46% del salario (Martínez y Castro 2001).

El Estado de la Nación<sup>141</sup> ha hecho un cálculo muy preliminar sobre el costo de financiamiento de la maternidad entre mujeres que trabajan en forma remunerada (asalariadas e independientes), basado en varios supuestos (por ejemplo, nacimientos esperados entre las madres que trabajan remuneradamente). El cálculo indica que dichos costos disminuirían bastante para cada empleador individual si hubiera un “pool” o redistribución de riesgos entre todos los patronos: con una cotización de menos de 0.5% de la planilla, acabaría toda responsabilidad patronal individual en el financiamiento de la maternidad. Si bien éste es un cálculo muy preliminar, con supuestos que es necesario revisar y redistribuye el financiamiento sólo entre patronos, el mismo sugiere que el costo de resolver este problema sería muy razonable frente a la magnitud ética, económica y social que implicaría dicha solución. Finalmente, este método permitiría también estimar el costo de financiar la maternidad de las aseguradas voluntarias que realizan trabajo no remunerado, las cuales cumplen una función social y cotizan considerablemente al SEM.

#### **d. Cobertura**

La cobertura del SEM se trató ya en la sección de pensiones. Debe agregarse que las mujeres tienen una cobertura mayor que los hombres (84% y 77%, respectivamente), aunque por la vía del aseguramiento indirecto. Mientras el 52% de los hombres tienen aseguramiento directo, entre las mujeres es sólo un 24%. Esto incluye a un 15% de mujeres asalariadas y un 48% de independientes que cuentan con aseguramiento familiar (por tanto no contributivo) cuando deberían tener aseguramiento directo (contributivo).

#### **e. Cotizaciones y financiamiento**

Ya se han mencionado los cambios diversos en el financiamiento del SEM de asegurados independientes y asalariados. El Cuadro 14 sintetiza las características del financiamiento para todos los asegurados.

La cotización mínima mensual se calcula sobre el ingreso de referencia mínimo considerado en la escala contributiva del seguro voluntario.<sup>142</sup> Si los salarios consignados en planilla son inferiores a los del Decreto de Salarios Mínimos, la aceptación de esas planillas por la CCSS no libera al patrono de su obligación de ajustar las cuotas al monto de los salarios reales devengados que en ningún caso serán inferiores a los salarios mínimos del Decreto. Las excepciones son:

<sup>141</sup> Trabajo en proceso de Jorge Vargas, Elisa Sánchez y Marcela Román, del Estado de la Nación, presentado en el Foro sobre el Financiamiento de la Maternidad en el Trabajo, ANEP/ISP, diciembre de 2001 e incluido en Martínez y Castro, 2001.

<sup>142</sup> Art. 63 y 68 RSS.

- cesantía o ingresos nuevos, de trabajadores ocurridos en períodos intermedios del mes;
- reportes de incapacidades o permisos sin goce de salario que abarquen más de 15 días;
- trabajo simultáneo con varios patronos, devengando salarios inferiores con todos o algunos de ellos;
- servicio doméstico; si el salario mínimo que se les fije por Decreto Ejecutivo es inferior al salario de referencia mínimo de la escala contributiva del seguro voluntario, la cotización se establecerá sobre este último.

<b>Cuadro 14. Financiamiento del SEM por Categoría de Aseguramiento, 2003</b>		
	<b>Financiamiento SEM</b>	
<b>Categoría de aseguramiento</b>	<b>Fuente<sup>143</sup></b>	<b>Cotizaciones (%)</b>
<b>Asalariados</b>	Triple contribución forzosa de patrono, trabajador y Estado	Global, 15% sobre salario (incluye monto ordinario y retribuciones extraordinarias o especiales incluyendo salario en especie): Trabajadores 5.5% Patronos 9.25% Estado 0.25%
<b>Voluntarios independientes</b>	Cotización de trabajadores y Estado; exentos de cuota patronal; la cuota estatal se incrementa si ganan menos del salario mínimo	Global: 8% sobre ingresos de referencia fijados por CCSS. Según categorías ocupacionales: - Trabajadores: 4.75, 5.5, 6.25, 7 o 7.75% - Subsidio del Estado: 3, 2.25, 1.50 ó 1 % - Estado: 0.25%
<b>Voluntarios no independientes (rentistas y facultativos)</b>	Cotización de trabajadores y Estado; exentos de cuota patronal	Según nivel de ingreso de referencia: <sup>144</sup> - Global: 9.5, 10.5, 11.75 y 14% - Asegurados: 5.75, 6.25, 7.25, 9.25, 10.25, 11.50 o 13.75% - Subsidio del Estado: 3.50, 3, ó 2% - Estado: 0.25
<b>Por cuenta del Estado</b>	Cotización exclusiva del Estado	- 13.75% del ingreso de referencia considerado en escala contributiva de trabajadores independientes - Estado: 0.25% sobre la masa cotizante de este grupo
<b>Pensionados</b>	Pensionados	- 5% de sus pensiones - 8.75% proviene del fondo que paga la pensión - Estado: 0.25% del monto de las pensiones de todos los pensionados cubiertos por este seguro.
<b>Transición de asalariado a independiente (“facultativos”)</b>	Cotización de trabajadores y Estado; exentos de cuota patronal; la cuota estatal se incrementa si ganan menos del salario mínimo	- Cuotas se calculan sobre promedio de salarios devengados durante el último trimestre dentro del seguro régimen como asalariados.
Fuente: RSS, art. 62.		

<sup>143</sup> Arts. 22, 3 y 29 LCCSS.

<sup>144</sup> Acuerdo Junta Directiva art. 19 sesión 7397 del 9 de diciembre de 1999.

## **f. Condiciones para el acceso y pérdida de beneficios<sup>145</sup>**

Como criterio general las personas acceden a los beneficios cuando hayan pagado a la CCSS el número de cuotas que para cada seguro se determine. El asegurado debe presentar a la CCSS la orden patronal que el patrono tiene la obligación de entregar mensualmente al trabajador. En caso de que esto no ocurra el trabajador puede ser atendido presentando a la CCSS la cédula o documento similar que permita la identificación.<sup>146</sup> Además, el SEM no puede negar prestaciones en la atención de la salud debido a morosidad patronal en el pago de cuotas obrero-patronales, en este caso el costo de la prestación debe ser asumido por el patrono moroso.<sup>147</sup>

Asimismo, existen situaciones que explícitamente no pueden afectar los derechos a la atención integral de la salud:<sup>148</sup>

- suspensión legal de los contratos de trabajo, cuando éste no finaliza pero se suspenden las obligaciones fundamentales: prestación del trabajo por el trabajador y pago del salario por el patrono (por ejemplo, cuando falta materia prima por causas no atribuibles al patrono);<sup>149</sup>
- suspensión de los contratos por huelga legal, con un máximo de 6 meses, luego se puede recurrir a otros seguros como IVM;
- incapacidad otorgada por médicos del INS, siempre que obedezca a enfermedad común y no a riesgos de trabajo o accidentes de tránsito (en cuyo caso operan las reglas de esos seguros especiales), y
- necesidad social, durante el tiempo que por la naturaleza de la enfermedad sea indispensable la continuidad del tratamiento, para evitar un riesgo social mayor.

En cuanto a las prestaciones en dinero, si el trabajador, asalariado o independiente, no reúne los requisitos para incapacidad ordinaria pero ha pagado 1 o 2 cotizaciones, recibirá una ayuda económica hasta por 12 semanas, y si ha pagado entre 3 y menos de 6 cuotas consecutivas en los últimos 12 meses antes de la incapacidad, el subsidio se extiende hasta por 26 semanas.<sup>150</sup> No se otorgan prestaciones en dinero en los casos siguientes:

- Otras prestaciones contempladas en leyes especiales con motivo de la misma enfermedad (común). En casos de doble cobertura se reduce la prestación de forma que no sobrepase el 100% del salario. También es incompatible el subsidio derivado de licencia de maternidad con los subsidios por incapacidad, en cuyo caso prevalece el de maternidad.<sup>151</sup>

<sup>145</sup> Arts. 36, 44, 59 y 61 LCCCSS.

<sup>146</sup> Art. 74 RSS.

<sup>147</sup> Art. 53 y 69 RSS.

<sup>148</sup> Art. 58 RSS.

<sup>149</sup> De acuerdo a arts. 73 a 80 del CT. Sucede por ejemplo cuando faltan las materias primas sin responsabilidad del patrono, por fuerza mayor o caso fortuito, huelga legal, enfermedad del trabajador, la muerte del patrono cuando implique la suspensión del trabajo, la prisión preventiva del trabajador seguida por sentencia absolutoria (máximo de 6 meses, luego se puede recurrir a otros seguros como IVM).

<sup>150</sup> Art. 38 RSS.

<sup>151</sup> Art. 46 RSS.

- Riesgos de trabajo, aunque cuando una incapacidad otorgada por la CCSS inicie o exceda a una del INS y no haya transcurrido un año desde que la persona asegurada dejó de cotizar por riesgo laboral, se reconocen subsidios una vez terminada la incapacidad del INS, siempre que se cumpla con los plazos de calificación del SEM.<sup>152</sup>
- Accidentes de tránsito, aunque al agotarse la póliza de tránsito la Caja podría conceder otras incapacidades sumando los días pagados por el INS.<sup>153</sup>
- Aborto intencional (o doloso), considerado como enfermedad, aunque en ningún caso da derecho al pago de subsidios.<sup>154</sup>

Los motivos para perder derechos son:<sup>155</sup>

- muerte;
- terminación del período de incapacidad;
- vencimiento de derechos que no han sido ejercidos durante un cierto tiempo (prescripción), el cual en el caso de los beneficios en dinero ocurre a los 6 meses;
- abandono injustificado de tratamiento, o negación a cumplir con prescripciones médicas, incluyendo asistencia a consultas o actividades educativas (se reanuda el subsidio cuando cesa dicha conducta por parte del asegurado);
- cuando se incurra en fraude o engaño a la seguridad social;
- cuando se trabaje remuneradamente durante la incapacidad (se reanuda el subsidio cuando cesa dicha conducta por el asegurado);
- por cesantía (el derecho concluye con el pago de la incapacidad o licencia otorgada antes de la cesantía);

Después del desaseguramiento se conservan todos los derechos de SEM, salvo las prestaciones en dinero, de acuerdo a las siguientes reglas:<sup>156</sup>

- Asegurados directos asalariados: durante 6 meses posteriores a aquel en que dejó de ser activo, siempre que hubiere cotizado al menos 3 meses en los 4 anteriores al mes en que dejó de cotizar.
- Familiares de los asegurados directos asalariado o pensionado y del asegurado voluntario, que fallece o se queda sin trabajo remunerado, están cubiertas durante estos seis meses.

En lo que se refiere al seguro voluntario, una vez que la persona se afilia a este seguro, ya no puede renunciar a éste, salvo si se convierte en asegurado obligatorio, se acoge a pensión, o se ausenta por más de 3 meses del país y además, así lo decide. Si la persona deja de cotizar durante 6 meses consecutivos, se le excluye del régimen y sólo puede reingresar si paga las cuotas pendientes hasta un máximo de 6 cuotas mensuales.

---

<sup>152</sup> Art. 33 RSS.

<sup>153</sup> Art. 32 RSS.

<sup>154</sup> Art. 45 RSS.

<sup>155</sup> Arts. 30, 37 y 44 RSS.

<sup>156</sup> Art. 60 RSS.

## 2. La Reforma del Sector Salud

En su diseño original, la reforma del sector salud propuso mantener y fortalecer los principios de universalidad, equidad y solidaridad, pilares del sistema de salud desde la creación del seguro social en los años 40, y de acuerdo con el mandato constitucional por el cual los seguros sociales son universales, obligatorios y administrados-gobernados exclusivamente por la CCSS. Estos principios, que diferencian la reforma costarricense de otras en la región latinoamericana, tienen las implicaciones siguientes:

- toda la población tiene derecho a la salud y accede a los mismos servicios de salud (*principio de universalidad*)
- independientemente de sus ingresos (*principio de equidad*)
- a través de mecanismos redistributivos de quienes tienen mayores a quienes tienen menores ingresos (*principio de solidaridad*)

Los principios postulados por una reforma pueden verse amenazados, directamente o indirectamente, muchas veces no intencionalmente, al momento de ejecutar los instrumentos de política que esa misma reforma propone. Parte de las razones de realizar una reforma del sector salud a comienzos de los años 90 fueron los serios problemas en la calidad y oportunidad de sus servicios públicos de salud, reflejados en las largas filas, los tiempos de espera, y la “salida” de la CCSS y búsqueda de atención privada por los sectores de mayores ingresos de la población. Estos problemas vulneraban, y vulneran, los principios formalmente vigentes en seguridad social y atención de la salud.

En primer lugar nuestro estudio caracteriza sintéticamente, el modelo de reforma “en el papel”, cuya implementación el país inició a mediados de los años 90. Esta caracterización es muy importante porque permite asignar un peso relativo, mayor o menor, a distintos instrumentos de política. El modelo de reforma “en el papel” ofrece una ruta esperada para contrastarla con la ruta actual de la reforma. El modelo se basa en nuestra interpretación documentada, porque hasta la fecha se carece de una versión oficial del mismo, ya que el proyecto de reforma detalla algunos aspectos pero no todo el detalle o la carpintería requerida para su implementación. Sin embargo, sí es posible valorar la sintonía o correspondencia entre los lineamientos estratégicos del modelo y su ejecución.

En segundo lugar se analizan los avances de la reforma “en los hechos”. Para ello se da prioridad a aquellos problemas que amenazan los principios de la seguridad social y al sistema único de salud. La reforma del sector salud crea un nuevo modelo de organización, basado en acuerdos contractuales entre entidades, centrales y desconcentradas, públicas y privadas. Estos acuerdos abren un conjunto de “portillos”, tanto para la privatización de servicios, como para la fragmentación del sistema único de salud de la CCSS.

A continuación se presenta una descripción global de la reforma “en el papel”, se identifican las presiones sobre el SEM derivadas del diseño del nuevo modelo, se explica cómo estas presiones amenazan los principios que rigen la seguridad social, y se recomiendan acciones que podrían contrapesar esas amenazas, dentro del modelo escogido por la propia reforma.

### **a. El modelo de reforma diseñado en “el papel”**

La versión oficial, global del modelo de reforma se encuentra en un documento de 1993 (Ministerio de Salud/ CCSS 1993). La caracterización del modelo que se presenta a continuación se basa en dicho documento, el único disponible públicamente que caracteriza globalmente el modelo “en el papel”. Posteriormente le han seguido un gran número de trabajos de análisis y de elaboraciones técnicas, pero parciales, de distintos componentes de la reforma (áreas de salud, compromisos de gestión, etc.). En lugar de transcribir el texto de dicho documento, éste se reconstruye a continuación en forma de modelo, es decir, como un conjunto interrelacionado, integral y coherente, de componentes.

En el papel, el objetivo de la reforma es:

Corregir y mejorar la capacidad operativa de las Instituciones del Sector Salud, e introducir modificaciones profundas al modelo de prestación de servicios de salud y su financiamiento, y a la organización y funcionamiento del sistema de salud. (Ministerio de Salud/CCSS 1993, Resumen de la reforma: 2).

En materia de gestión, el objetivo de la propuesta es reemplazar la modalidad anterior de asignación histórica de los recursos por un nuevo modelo de asignación de recursos que será la columna vertebral para el reordenamiento general del sistema de salud. Las principales herramientas propuestas para impulsar la transformación de sistema de salud son:

- el reordenamiento de la canasta de servicios según niveles de atención;
- la asignación territorial de las personas a los servicios;
- la división de funciones dentro del sistema de salud, entre rectoría, financiamiento, compra y provisión (independientemente de que los proveedores sean públicos o privados);
- el mecanismo de asignación de recursos, en función de productos e incluyendo incentivos al desempeño;
- la fuente de financiamiento de los servicios.

A continuación se explica en qué consiste cada una de estas herramientas.

#### **➤ El reordenamiento de la canasta de servicios según niveles**

La reforma promueve un reordenamiento de la canasta de servicios en función de tres niveles: áreas de salud, clínicas y hospitales. En cada uno de estos niveles, los llamados “proveedores” de servicios, ofrecerán una canasta homogénea que, con las adaptaciones pertinentes, garanticen la universalidad de los servicios. Para ello y consistente con las recomendaciones de organismos internacionales especializados como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, se propone aumentar la cobertura y el tipo de servicios que se ofrecen en el primer nivel de atención y especificar la oferta de servicios del segundo y tercer niveles (gráfica 4).

De acuerdo a la reforma en el papel, es indistinto si los proveedores de servicios son públicos o privados. De lo que se trata es de que éstos operen de acuerdo a la canasta de servicios del nivel correspondiente, así como que presten servicios a las personas asignadas territorialmente a estos proveedores, aspecto que se explica a continuación.

### ➤ **La asignación territorial de las personas a los servicios**

La reforma propone que los usuarios accedan a los servicios de salud de los tres niveles de atención en función de su domicilio, con excepción de los servicios que ofrecen sólo los hospitales nacionales. Para ello se propone reorganizar el tránsito o referencia de los usuarios entre niveles. En todos los casos el modelo basa su capacidad de planificación en la asignación de las personas a los servicios de la seguridad social *en razón de su lugar de residencia*. En el primer nivel de atención el objetivo anterior se busca mediante:

- la ampliación de cobertura, y la universalización de servicios que anteriormente habían sido considerados sólo para la población de escasos recursos (mediante la creación de los Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS);
- la integración de los EBAIS con un equipo interdisciplinario, y
- la definición de una nueva canasta de servicios de prevención y atención primaria para la salud.

Además de instrumento de planificación, la asignación territorial es también un instrumento para promover la equidad en el acceso a servicios de salud. Todas las personas, independientemente de su lugar de domicilio, deben tener acceso a servicios oportunos y de calidad.

### ➤ **División de funciones: de rectoría a prestación**

La reforma propone una separación de funciones entre instituciones y dependencias, a partir y en función de las cuales se reorganice el sector salud, como sigue. La rectoría del sector salud (a cargo de la definición de lineamientos estratégicos en salud y el control de su cumplimiento) queda en manos del Ministerio de Salud, pero los servicios que éste anteriormente prestaba (programas de prevención y atención primaria), se trasladan a la CCSS. Esta a su vez se divide en tres tipos de entidades: financiadoras (Gerencia Financiera); compradoras (Gerencia Administrativa), y proveedoras de servicios (Gerencia Médica y proveedores públicos o privados) en cada uno de los tres niveles de atención (CCSS 1998). La lógica de esta reorganización es que ninguna dependencia sea, a la vez, juez y parte de las decisiones de compra y venta de servicios, de esta forma emulando el funcionamiento del mercado, en el cual los actores se relacionan entre sí cumpliendo distintos papeles o funciones.

### ➤ **El mecanismo de asignación de recursos**

La principal innovación del modelo de reforma en materia de asignación de recursos es que se propone realizarlo en función de necesidades poblacionales. Se trata de las políticas



“basadas en la evidencia” (Niessen y Grijseels 2001). Para ello, las instancias centrales, en particular la compradora, deberá desarrollar un conjunto de sistemas de información que le permitan determinar cuáles son las necesidades de salud de la población (y no sólo de quienes llegan a las dependencias de la CCSS). Esta determinación de necesidades puede realizarse en forma conjunta con los proveedores locales (por ejemplo con los EBAIS), pero constituye un mecanismo central de asignación de los recursos, que se plasma luego en acuerdos de trabajo con cada uno de los proveedores, llamados *compromisos de gestión*, los cuales deben reflejar las necesidades y prioridades determinadas previamente (Sojo 2002).

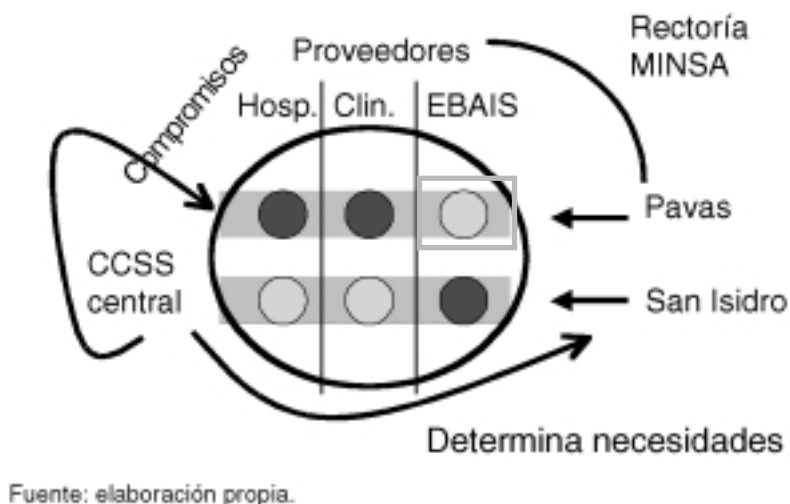
En la teoría de la reforma, el diseño de políticas de salud en función de la evidencia es posible mediante la creación de un sistema de información que determine las necesidades de la población y se materialice en acuerdos de trabajo o “compromisos de gestión” de las oficinas centrales de la CCSS (CGR 1999). Para ello se requiere fortalecer el nivel central y dar mayores márgenes de maniobra a los proveedores de servicios de forma que la instancia central define qué servicios se deben brindar en función de las necesidades de la gente y de lineamientos estratégicos, y las instancias desconcentradas definen cómo llevar a cabo estas acciones.

La reforma no propone eliminar por completo los mecanismos administrativos de control y coordinación del sistema (es decir, en función de la jerarquía y línea de mando entre oficinas centrales y dependencias de salud, y al interior de dichas dependencias). Sí incorpora y da prioridad a un mecanismo contractual de relaciones en función de objetivos y compromisos de desempeño. La nueva modalidad de asignación de recursos requiere que se produzca un cambio en la asignación de recursos: de la asignación histórica (es decir, de acuerdo a los presupuestos anteriores), a una asignación prospectiva (es decir, a acuerdo a los servicios futuros previstos). Para que esto sea posible es necesario que:

- se incorporen criterios demográficos en función de los cuales anticipar servicios (por ejemplo, una dada cantidad de personas de la tercera edad, mujeres en edad de procreación; atención coronaria para personas de más de determinada edad; etc.);
- las instancias centrales puedan comparar el desempeño de proveedores de un mismo nivel de servicios, y
- que el número y características de la población atendida por los respectivos servicios sea relativamente estable.

La gráfica 3 sintetiza los principales aspectos de la reforma en el papel antes descritas.

Gráfica 3. Reforma del sector salud, modelo en el papel, 1993



### ➤ Las fuentes de financiamiento de los servicios

Se propone que el financiamiento de los servicios de salud continúe en manos de la CCSS, a través de una combinación de recursos del presupuesto nacional (la menor parte<sup>157</sup>) y cotizaciones tripartitas a la seguridad social (la mayor parte, ya descrita). En este aspecto encontramos continuidad con la situación anterior a la reforma. Lo que cambia es el mecanismo de asignación de los recursos entre proveedores de servicios de salud de la seguridad social y el fomento de mecanismos de contratación administrativa con entidades privadas. Al igual que los principios de universalidad, equidad y solidaridad, el mantenimiento de un financiamiento tripartito y centralmente administrado<sup>158</sup> por la entidad a cargo de la seguridad social (la CCSS) tiene respaldo en el artículo 73 de la Constitución. En este sentido, la reforma del sector salud se ajusta a dicho mandato, a diferencia de la ruptura del monopolio de la seguridad social en el segundo pilar de pensiones analizada en la primera parte de este estudio.

### b. Avances en la ejecución de la reforma: aspectos críticos

En la sección anterior se presentaron los principales supuestos y lineamientos en el diseño de la reforma “en el papel”. Como en toda política, ésta será el resultado, tanto de las visiones de las personas que la llevan a cabo, como de consecuencias, muchas veces no inten-

<sup>157</sup> Financiamiento proveniente del Ministerio de Salud y Régimen No Contributivo de la CCSS.

<sup>158</sup> El financiamiento de la seguridad social continúa teniendo una administración centralizada, aunque se otorga mayor autonomía, a cada proveedor desconcentrado, en la gestión de los presupuestos acordados centralmente (Ley de Desconcentración Hospitalaria y su Reglamento).

cionales, de las acciones e interacciones entre distintos actores, públicos y privados, internos y externos a las instituciones que implementan la reforma. A continuación se analizan seis grandes temas estratégicos del modelo de reforma y que son clave para evaluar los avances en su implementación. Estos temas se enfocan en los propios términos del modelo de reforma, evaluándose avances alcanzados en cada uno, consistencias e inconsistencias entre la propuesta conceptual y su implementación, e implicaciones y riesgos que conllevan las inconsistencias. Los seis temas son:

- i) las capacidades centrales de planificación y asignación de recursos en función de las necesidades de salud de la población, las que deben ser determinadas por un sistema nacional de información, a fin de tener lineamientos comunes para los servicios provistos por todos los proveedores desconcentrados;
- ii) la relación con el sector privado con base en reglas de juego, a fin de que éste participe de una manera transparente y en función de los intereses públicos de la población asegurada;
- iii) la capacidad de recaudación de recursos y su inversión para fortalecer la gestión institucional y la atención de las necesidades de la población;
- iv) el papel rector del sector salud, y la debilidad institucional del Ministerio de Salud que debe ejercer dicha rectoría,
- v) la “salida” de los sectores medios del uso activo de los servicios de la CCSS, y
- vi) la rendición de cuentas ante la ciudadanía y los órganos competentes sobre el rumbo estratégico de la CCSS, así como la participación ciudadana en aquellos aspectos que permitan acercar la visión de los usuarios a la institución.

**i) Falta de un sistema nacional integrado de información para la determinación de necesidades y la asignación de recursos**

El proyecto de reforma aprobado en 1994 estableció que los recursos se asignarían de acuerdo a las necesidades de salud poblacionales y que los compromisos de gestión se basarían en ello. En la práctica, después de casi un decenio, los recursos siguen asignándose basados en el presupuesto histórico, aunque no hay duda que ha habido importantes avances en diferentes aspectos de la re-ingeniería institucional, en particular, el proceso de desconcentración ha avanzado rápidamente. El marco legal de la desconcentración tiene dos tipos de herramientas. Por un lado se encuentran aquellas que atañen a la administración pública en general y que ya habían sido aprobadas al momento del inicio de la reforma de la salud (tales como la Ley de Contratación Administrativa, Ley de Sociedades Anónimas Laborales y la Ley de Concesión Pública). Por otro lado se encuentran aquellas normas más específicas, diseñadas y aprobadas dentro del propio marco de la reforma (tales como la

Ley de Desconcentración Hospitalaria y su reglamento,<sup>159</sup> los compromisos de gestión, el Reglamento para la Contratación de Servicios Médicos Especializados por Medio de Terceros).<sup>160</sup>

La Ley de Desconcentración Hospitalaria y su reglamento confiere a los entes desconcentrados mayores márgenes de acción respecto a “cómo” prestar los servicios. En particular, la Ley otorga personería jurídica instrumental a cada órgano proveedor desconcentrado para que, con mayor o menor grado de independencia, administre sus recursos humanos, así como su presupuesto y realice las contrataciones administrativas con el sector privado que considere necesarias. La personería jurídica instrumental permite que, dentro de un sistema público de seguridad social, se introduzca una diferenciación de funciones: los órganos desconcentrados venden a la CCSS que es la compradora y financiadora de los servicios que prestan dichos órganos, pero también permite que estos subcontraten servicios auxiliares o principales con el sector privado. El grado de desconcentración y el régimen contractual de compra y venta de los servicios de salud, se incorporan entonces en los compromisos de gestión que dependen de la Dirección de Compras de Servicios de Salud, ubicada en la Gerencia Administrativa de la CCSS. Durante 2002 se firmaron 124 compromisos de gestión, los cuales constituyen un avance significativo en instrumentos de gestión y asignación de recursos, tanto en el nivel desconcentrado como central (Estado de la Nación 2002).

Ahora bien, como ha señalado uno de los dirigentes de la CCSS, “*el compromiso de gestión no es el plan*” institucional (Escalante 2001). Por el contrario, el compromiso de gestión es el reflejo de un plan que tiene, como punto de partida, el objeto de determinar las necesidades de la población. De ahí que, paralelamente al proceso de desconcentración y a las herramientas usadas para implementarlo, la CCSS también ha preparado un conjunto de documentos e instrumentos con información que alimenta dicho proceso, tanto desde el nivel central como desconcentrado. El Cuadro 15 presenta una caracterización de cada uno de estos instrumentos:

Todos estos instrumentos son importantes, pero son múltiples, están fragmentados y débilmente relacionados entre sí, y no resuelven el problema central de emparejar las necesidades de salud de la gente con la oferta institucional y la asignación de los recursos. Ya en 2000 la CCSS había señalado la carencia de un sistema de información adecuada y consistente con una prestación de servicios basada en la evidencia:

El actual sistema de información en salud no permite una adecuada planificación de compra de servicios de salud o la definición de políticas sobre la oferta básica de servicios. *La información del sistema está fragmentada y se relaciona mayormente con producto terminado o factores históricos, no tanto con aspectos demográficos, de morbilidad, epidemiología, proyecciones.* (CCSS 2000: 43; énfasis de los autores).

<sup>159</sup> Ley de Desconcentración Hospitalaria No. 7852 de 30 de noviembre, 1998 (Gaceta No. 250 del 24 de diciembre de 1998); Reglamento a la Ley No. 7852, Junta Directiva de la CCSS (Gaceta No. 13 del 19 de febrero del 2000).

<sup>160</sup> Art. 29, sesión de Junta Directiva de CCSS no. 7421 del 9 de marzo de 2000 (Gaceta No. 62, 28 de marzo 2000).

<b>Cuadro 15. Caracterización de Planes para Conocer las Necesidades Poblacionales y la Programación de Servicios</b>				
<b>Plan</b>	<b>Aprobación</b>	<b>Alcance</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Problemas</b>
Plan Estratégico Corporativo (PEC)  (Dirección de Planificación Corporativa)	Mayo 2000 Se piensa seguir revisándolo cada año, acompañando el ciclo electoral. <sup>161</sup>	De 4 a 5 años Pensado desde la oferta de servicios, se enfoca en los ejes orientadores de propuesta institucional	Define las líneas estratégicas y los cambios institucionales pertinentes. Incluye SEM, SIVM y prestaciones sociales. Revisado en 2002 para adaptarlo a las condiciones actuales y prioridades 02-06.	Aún no ha sido creado el sistema integral de información que recomendó crear en mayo de 2000. <sup>162</sup> Preveía su ejecución 1996-2000 pero luego se aplazó para 1998-2003. Aún no se ha puesto en marcha. La oferta institucional no se relaciona con necesidades de salud.
Plan de Atención a las Personas (PASP)  (Gerencia de Modernización)	Mayo 2001  Duró 4 años en elaboración	Cuatriduodenio  En 2003 se integrará con el PESS. Incluye análisis de situación de salud, identifica intervenciones principales, establece oferta de servicios asegurable	Reorientar las acciones en salud y los recursos, con efectividad, hacia los principales problemas y necesidades de salud de la población costarricense.	Debería pero no es herramienta para la asignación de recursos, o sea, de la función de compra de servicios a cargo de la Gerencia Administrativa de la CCSS.
Plan Estratégico de Servicios de Salud (PESS)  (Dirección de Planificación, ex Presidencia Ejecutiva y actualmente en Gerencia de Modernización)	En elaboración	10 a 12 años  En 2003 será integrado con el PASP	Definir qué servicios se brindarán a la población según criterios de deseabilidad y viabilidad.  Plantea escenarios de necesidades de salud basados en perfil epidemiológico, situación económica, etc.	Debería alimentar la planificación y compra de servicios.
Análisis Situacional Integral de la Salud (ASIS)	Sin información	Áreas de Salud	Diagnóstico de las necesidades de salud de la población a nivel local	No se refleja en decisiones de oferta de servicios de áreas de salud ni en asignación de recursos. La información local no necesariamente es agregable en un mapa único de necesidades nacionales.
Plan Anual Operativo (PAO)  (Dirección de Planificación Corporativa)	Anual	Anual Requisito Contraloría General de la República	Definir actividades y metas anuales a ser aprobadas por la Contraloría General de la República.	Cumple requisitos formales pero no se relaciona con funciones de planificación, asignación de recursos, evaluación, etc.
Fuente: Arguedas y otros 2002.				

<sup>161</sup> Entrevista con la Lic. Marielos Piedra, Dirección de Planificación Corporativa, Gerencia de Modernización y Desarrollo, 12 de diciembre del 2002.

<sup>162</sup> Se propuso desarrollar e implementar un sistema integrado de información que comprenda desde las unidades autónomas hasta el nivel corporativo, como herramienta para la toma de decisiones. Dicho sistema alimentaría el diagnóstico de necesidades la asignación de recursos y la evaluación. Como se retomará más abajo, hasta la fecha dicho sistema no ha sido puesto en funcionamiento (PEC 2002).

Por ello, las autoridades de la CCSS plantearon la importancia de tener sistemas de información que permitan determinar las necesidades poblacionales para, en función de éstas, definir la oferta institucional de servicios. Con ese objetivo la CCSS contrató a la firma Andersen Consulting para diseñar un plan de sistemas de información que permitiesen la determinación de necesidades poblacionales (CGR 2001), como parte del proyecto global de “Diseño e implantación de los mecanismos de asignación de recursos”. Este plan fue considerado fundamental por esa firma, por constituir el elemento central dentro de un modelo de asignación de recursos basado en la planificación estratégica por objetivos de salud. Sin embargo, no se pudo confirmar si Andersen efectivamente diseñó este sistema.

Este plan debería identificar los requerimientos de información propios de los distintos niveles (primero, segundo y tercero y regional), y acordes a la separación de funciones de financiamiento, compra y prestación de servicios. El plan detallaría además los sistemas de información necesarios, no sólo para la determinación de necesidades de la población, sino también para la compra de servicios, el seguimiento de los contratos y el control de la gestión de los sistemas de salud.<sup>163</sup> La Dirección de Compra de Servicios de la CCSS plantea que: “no existe un sistema de información integrado, sino múltiples soluciones parciales que dan respuestas a usuarios diferentes” y que “falta profundizar investigaciones que muestren en qué medida el perfil de los servicios responde a las necesidades de salud de la población” (Estado de la Nación 2002: 117)

Por lo tanto, hasta el momento el establecimiento de los acuerdos de gestión se lleva a cabo sin que la Caja, centralmente, cuente con mecanismos, particularmente sistemas de información, que permitan determinar qué es lo que realmente necesita la población y planificar acorde a dichas necesidades. En este escenario, los compromisos de gestión consisten básicamente en una planificación por objetivos (Sojo, 2000), que si bien mejora el control sobre la asignación de recursos, siguen reflejando el presupuesto histórico de los recursos. La diferencia con la situación previa es un escenario en el cual los entes desconcentrados tienen mayores potestades y márgenes de acción para actuar y pugnan por la asignación de los recursos de una manera muy distinta al anterior escenario administrativo-burocrático centralizado.

Una de las manifestaciones visibles de esta debilidad es la dificultad de valorar si las decisiones de inversión que toman son las más apropiadas. Tal vez el ejemplo más publicitado por los medios masivos de comunicación ha sido el de la compra de equipos como aceleradores lineales. En este caso las autoridades de la CCSS, sindicatos y colegios han debatido en torno a cuántos de estos equipos necesita la institución. En todos los casos los argumentos han sido igualmente débiles por la falta de evidencia empírica que los sostenga.

---

<sup>163</sup> Como parte de la misma consultoría de Andersen Consulting, en 1998 se realizó un seminario sobre el plan y la estrategia de compra de la CCSS. Sin embargo, hasta la fecha la institución carece de dichos sistemas. Seminario Sobre el Plan y la Estrategia de Compra de la CCSS. San José: CCSS.

## **ii) Falta de reglas de juego para relacionarse con el sector privado**

La relación de la CCSS con el sector privado es una de las áreas más opacas de la gestión institucional. Esta sección está basada en información escasa, parcial y fragmentada que proviene principalmente de fuentes oficiales; la misma presenta un escenario preocupante y que es necesario hacer completamente transparente a la ciudadanía.

De acuerdo a los últimos cálculos disponibles basados en la encuesta de hogares, el gasto privado en salud de las familias costarricenses representaba el 30% de total del gasto en salud en 1998 y representó una quintuplicación de recursos con relación a 1993 (Herrero y Collado 2001; Herrero y Durán 2001). En vista de la importancia del gasto privado, lo que probablemente interesa a los prestadores privados no es necesariamente la privatización del financiamiento de la seguridad social o de su recaudación, sino captar recursos de la seguridad social para la prestación privada de los servicios.

La compra de servicios a los proveedores directos de salud representa un porcentaje pequeño del presupuesto total del SEM: un 1.8% de una ejecución presupuestaria de 420.000 millones de colones en 2001 ([www.ccss.sa.cr](http://www.ccss.sa.cr)). Esto no incluye, sin embargo, la compra global de servicios privados que realiza la CCSS, incluyendo la adquisición de insumos de varios tipos (médicos, de laboratorio, etc.). Si consideramos los proveedores privados en su conjunto, habría una proporción más alta del total del gasto en salud pero, lamentablemente, no tenemos dicha cifra. En una reciente conferencia, el Dr. Guido Miranda (ex Presidente Ejecutivo de la CCSS) planteó que la CCSS ha dejado de producir las estadísticas que permitían estimar las compras de la institución al sector privado (CONACOOOP 2002).

La dificultad de estimar el peso real relativo y tendencias de las compras privadas de la CCSS se complica porque, en el actual diseño institucional de desconcentración, es más importante contar con reglas claras e información transparente que bajo el anterior esquema centralizado. La contratación a proveedores privados ocurre en dos niveles: por las oficinas centrales de la CCSS (una práctica de varias décadas) y por el nivel desconcentrado (áreas de salud, clínicas y hospitales). Dicha contratación puede ser para servicios auxiliares (como limpieza) o esenciales (como servicios médicos especializados), a través de contratación (como servicios de radioterapia) o de concesión de servicios (como los EBAIS del área metropolitana). La evidencia sobre la falta de reglas de juego en materia de contrataciones y sus consecuencias es abundante y se presenta a continuación.

*Costos mayores o determinados por la oferta privada.* La CCSS carece de criterios técnicamente fundados para cumplir con el criterio legal que establece que podrá comprar servicios al mismo costo o por debajo de lo que le costaría a ésta ofrecer dichos servicios directamente. El SEM “no posee un sistema de contabilidad de costos actualizado, que le permita comparar sus resultados con los costos de los servicios privados que contrata”, por lo que compra servicios que quizás podría ofrecer directamente a un costo inferior. “Aún así, la CCSS ha continuado con una política de expansión de la contratación de los servicios que contrata” (Herrero y Durán 2001: 58). En los casos en los que la CCSS sí cuenta con estimaciones de costos, la compra de servicios privados es considerablemente más cara que la provisión directa de servicios. Esto ha sido documentado por dos fuentes: la Comisión

Especial Legislativa creada para estudiar esta situación y la Defensoría de los Habitantes. Por ejemplo, la Comisión documentó, con datos provistos por la Gerencia Financiera de la CCSS, que los costos de compra de servicios privados en cirugía oftalmológica son entre 41% y 137% más altos que los ofrecidos por la CCSS (Comisión Especial 2001:10). También con cifras de la CCSS, la Defensoría estimó que la compra de servicios privados en la atención de pacientes con cáncer tiene costos 70% superiores a los que ofrece la CCSS (Defensoría 2001: 43). Estas fuentes también hicieron comparaciones similares en servicios de cardiología, patología y medicamentos. Según un informe técnico de la CCSS, la compra de servicios privados de radioterapia para pacientes con cáncer, costó US\$700 más por paciente, que lo que hubiera tenido que pagar el mismo paciente por el mismo servicio. La compra de servicios privados de radioterapia a empresas privadas le cuesta a la CCSS US\$ 3.700 por paciente, mientras que el costo de prestar este servicio en forma directa le cuesta a la CCSS US\$1.459 por paciente, US\$2.241 menos. Además, se han encontrado casos en que las empresas continuaban cobrando por servicios a personas ya fallecidas.<sup>164</sup>

*No inversión en servicios y equipo propio necesario.* La Defensoría documentó que parte de la compra a proveedores privados se debe a la decisión de funcionarios de la CCSS, de no invertir en equipo necesario para proveer los servicios directamente, creando un vacío que se llena por los proveedores privados, los cuales venden luego dichos servicios a SEM. Por ejemplo, después de aprobar la compra de dos aceleradores lineales para el tratamiento de pacientes con cáncer (última generación de aparatos de radioterapia), la CCSS finalmente solo compró uno— sin embargo, el debate careció de evidencia que permitiera determinar cuántos aceleradores necesitaba realmente la CCSS (Defensoría 2001:27).<sup>165</sup> También señaló que hubo un lapso de dos años entre el momento en que se conoció el deterioro de los equipos de radioterapia del Hospital San Juan de Dios y el momento en el que se autorizó la compra de equipos. Asimismo, la Defensoría documentó que las decisiones de compra al sector privado no están acompañadas ni por un estudio de la demanda esperada, a fin de anticipar dicha demanda en vez de actuar después de generado el problema, ni por un análisis de cuáles servicios pueden ser trasladados al sector privado y cuáles no. Por último, la Defensoría advirtió que la compra de servicios privados no está acompañada por medidas paralelas que permitan solventar los problemas de la institución para prestar los servicios y que, debido a la falta de decisiones apropiadas y oportunas sobre inversión, la compra privada deja de ser temporal para convertirse en permanente. (Defensoría 2001). La CCSS no se ha pronunciado sobre estos planteamientos.

*Servicios privados de baja calidad o no sujetos a controles.* La compra de servicios privados no significa necesariamente que las personas reciben servicios de mejor calidad. La Defensoría documenta que algunos de los equipos de las empresas privadas que ofrecen servicios de radioterapia no reúnen los requisitos establecidos internacionalmente. También se ha informado que “La Junta Directiva de la CCSS ordenó a su auditoría interna otro presunto caso de sobre-radiación en una empresa privada que da servicios de acelerador lineal a pacientes enfermos con cáncer” (La Nación, 6 de abril de 2002: [http://www.nacion.com/ln\\_ee/2002/abril/06/pais10.html](http://www.nacion.com/ln_ee/2002/abril/06/pais10.html)). En radioterapia, los prestadores privados están operando

<sup>164</sup> Informe especial sobre compra de servicios privados de radioterapia por parte de la CCSS, asesor responsable, Luis Escalante, reportado por La Nación, 14 de febrero del 2001 [www.nacion.co.cr/ln\\_ee/2001/febrero/14/pais4.html](http://www.nacion.co.cr/ln_ee/2001/febrero/14/pais4.html).

<sup>165</sup> En la creación del Hospital del Cáncer, la Defensoría documentó la poca claridad en la defensa del interés público en las decisiones sobre inversión tomadas por miembros de la Junta Directiva del ICC y gerentes de la CCSS.



con equipo de segunda mano.<sup>166</sup> En algunos casos, los servicios privados no son evaluados hasta que ocurren accidentes y éstos son denunciados. La ausencia de rectoría efectiva en el sector salud (ver más abajo), incrementa la vulnerabilidad de los usuarios frente a proveedores privados que no están sujetos a controles de calidad por la CCSS o el Ministerio de Salud. La ausencia de controles de calidad también ocurre en el sector público, como en el caso de sobre-radiación en el Hospital San Juan de Dios, la que ocurrió después de dos años de conocer la CCSS el deterioro del equipo, cuya compra no se aprobó hasta diez años después en 1998.<sup>167</sup>

*Falta de definiciones claras respecto al papel del sector privado.* Hasta el momento no hay consenso a nivel gerencial en la CCSS respecto al papel preciso que deben jugar los proveedores privados en el sistema de salud. En la Conferencia Episcopal de 2001, el Presidente Ejecutivo de la CCSS declaró que la compra de servicios privados era *temporal y complementaria*, mientras se invierten y realizan las transformaciones necesarias para que la CCSS ofrezca los servicios. Sin embargo, en el mismo foro, el Gerente de Modernización indicó que la CCSS estaba avanzando decididamente hacia una *prestación mixta* de servicios, por proveedores públicos y privados.<sup>168</sup> Casi al mismo tiempo, el Gerente Administrativo de la CCSS manifestó en la Escuela de Salud Pública de la UCR que la CCSS tiende a convertirse en una institución principalmente recaudadora que transfiere los recursos recaudados a prestadores privados.<sup>169</sup>

*Amenazas a la planificación.* La participación de proveedores de servicios privados de salud, genera dos desviaciones o presiones: para “salirse” de la canasta de servicios acordados en el nivel de atención respectivo y brindar servicios de más alto nivel (por ejemplo, cirugía ambulatoria por una clínica privada de segundo nivel, a pesar de que dicho servicio no se encuentra incluido en la canasta del segundo nivel de atención), y para “salirse” de la zona geográfica asignada y captar otra población fuera de dicha zona. De continuar y expandirse esta práctica pudiera llegarse a la libre elección médica. Esta alternativa puede parecer atractiva, ya que daría acceso a servicios de nivel más alto o por personas que no tienen acceso en su área. Pero atenta directamente contra la posibilidad de planificar servicios ligados a las personas que viven en un territorio (especialmente en un sistema que debe ser preventivo e integral) y agrava la debilidad gerencial que se trató anteriormente. Este tipo de expansión desorganiza la capacidad de planificación de los servicios según niveles y territorio, así como atenta contra los principios de universalidad y equidad, porque unas personas comienzan a recibir servicios distintos y mejores a los que recibe la población que no tiene acceso a los proveedores exitosos (por ejemplo, por distancia geográfica).

*Conflicto de intereses.* Hace un decenio la comisión investigadora de las compras de la CCSS identificó intereses contradictorios en miembros de la Junta Directiva que a su vez eran miembros de juntas directivas de clínicas privadas que venden servicios a la CCSS. Uno de los integrantes de la comisión investigadora informó:

<sup>166</sup> Defensoría de los Habitantes 2001: 43.

<sup>167</sup> Defensoría de los Habitantes 2001: 43.

<sup>168</sup> Conferencia Episcopal, San José, INS, marzo 2001.

<sup>169</sup> Maestría de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, UCR, marzo 2001.

“En el año 1992 cuando la Fundación del Hospital Calderón Guardia, que yo presidía, quería comprar una Resonancia Magnética, la Asamblea Legislativa aprobó setenta millones de colones para que la Caja tuviera ese equipo, que la Caja pudo haber vendido ese servicio al sector privado y recuperar fondos, reciclarlos y mejorar este servicio dentro de la misma institución; en ese momento se negó girar el dinero por parte de Hacienda, aún estando aprobado en el Presupuesto Nacional y se abrieron dos Resonancias Magnéticas simultáneamente, una en la Clínica Bíblica y otra en la Católica. En una tenía relación el Dr. Elías Jiménez, en la Católica, igual que el expresidente Calderón y en la otra, la Bíblica, Bernal Aragón que también tenía mucha relación con ese asunto. Estábamos ante un juego político que nosotros estábamos entendiendo y al final la Caja se queda sin Resonancia Magnética y el sector privado toma nuevamente la dirección de la salud en el sentido de que tiene equipos que la CCSS no tiene y que en ningún momento se dice que es por falta de recursos si no porque le sale más barato comprarlos que tenerlos.”<sup>170</sup>

Además de la amenaza a la organización del sistema, la compra privada de servicios introduce un mecanismo que desincentiva el desempeño público y estimula la violación de las normas institucionales. La reglamentación de la CCSS permite vender servicios a la CCSS en cualquiera de los hospitales, excepto aquél en el que se desempeñan funciones como profesional de la CCSS.<sup>171</sup> Pero muchos funcionarios, en especial profesionales en ciencias médicas, enfrentan la tentación de mantenerse como empleados de la CCSS y venderle simultáneamente servicios a la misma. Los mismos profesionales que deben impulsar la cirugía en un determinado hospital, pueden beneficiarse de la compra de servicios privados que realiza el de al lado para resolver las listas de espera de cirugía. Se genera así un círculo vicioso: los funcionarios de la CCSS son subcontratados privadamente para resolver listas de espera que ellos pueden estar contribuyendo a generar o, en el mejor de los casos, no tienen incentivo para resolver, dado que es más rentable venderle servicios a la CCSS que ser su empleado y, aún mejor, si es posible combinar ambas actividades. Según la Dirección de Compras de la CCSS, “a pesar de la implementación de diversas estrategias para resolver el problema [de las listas de espera], siguen siendo un asunto de atención prioritaria” (Estado de la Nación 2002:117). Pero una fuente de la misma Dirección informa que la evaluación de los compromisos de gestión del año 2002 mostró que las recientes medidas implementadas para la reducción de listas de espera, en realidad ha tenido como resultado su aumento.<sup>172</sup> No se puede responsabilizar de este conflicto de interés sólo a los funcionarios de la CCSS sino también al diseño institucional que abre la puerta a dicho conflicto. Otro conflicto de intereses surge entre empresas que le venden servicios para tratamiento a la CCSS (como radioterapia para pacientes con cáncer) y quienes autorizan dichas compras en la CCSS. Ambos conflictos han sido identificados y compartidos en conversaciones personales por técnicos de la CCSS que desempeñan funciones en áreas estratégicas, como la Gerencia Administrativa a cargo de la función de compra de servicios. Sin embargo, estas personas que prefirieron permanecer anónimas no perciben que exista un escenario propicio para plantear estos temas públicamente a nivel institucional.<sup>173</sup>

<sup>170</sup> Muñoz, Walter. Participación en sesión de Junta Directiva de ANEP, 8 de junio de 2001.

<sup>171</sup> Reglamento para la Contratación de Servicios Médicos Especializados por Medio de Terceros, art. 4.

<sup>172</sup> Conversación personal de Juliana Martínez el 4 de diciembre del 2002 con funcionario que solicitó permanecer anónimo.

<sup>173</sup> Conversación personal de Juliana Martínez el 24 de enero del 2002 y el 4 de diciembre del 2002 con funcionarios que solicitaron permanecer anónimos.

*“Biombo”*. Se denomina así al uso de recursos públicos para fines privados. En el seminario organizado por la Fundación Friedrich Ebert en febrero de 2003, los participantes dieron múltiples referencias de experiencias vividas sobre este problema. Si bien dichas referencias no son, necesariamente, representativas ni pueden generalizarse, sí ofrecen indicios de prácticas que involucran a muchos funcionarios de la institución y de la gravedad de la situación:

- Una mujer requiere que le extirpen un cáncer en el cuello y le dicen que tiene que esperar cinco meses para hacerlo; pero paga 1,5 millones de colones y la cirugía se hace en menos de una semana.
- Un médico brinda a una paciente con cáncer linfático un tratamiento que la CCSS no tiene reconocido, la atiende en la CCSS y la paciente debe pagar, además del hospedaje (llamado “pensionado”) los honorarios del médico (que la atiende durante su horario de trabajo en la CCSS) y los medicamentos (dado que no son reconocidos por la CCSS)
- Un médico tiene su consultorio privado e induce el parto de varias pacientes para que se produzcan en sus horas de guardia nocturna; los atiende en la CCSS y cobra cada uno de los partos como privados; en un día gana hasta 1 millón de colones.
- Un médico, una anestesiólogo y una enfermera se reparten el cobro de 50.000 colones por parto con cesárea que se atiende en la CCSS en su horario de trabajo.
- Un médico para firmar el acta de defunción pide 5.000 colones, en complicidad con la trabajadora social que había acompañado durante varios meses a la paciente, ahora fallecida; sólo cuando la hija de la fallecida se niega a pagar el dinero, el médico y la trabajadora social reclaman que antes de dar el acta tienen que verificar que el fallecimiento realmente ocurrió.
- Las trabajadoras sociales pueden aceptar labores privadas sólo después de terminada las 8 horas reglamentarias en el sector público y con base en una tarifa legal a tales efectos, pero los médicos pueden vender servicios privados dentro de la jornada de labores de la CCSS y a tarifas que ellos mismos establecen.
- Muchas denuncias llegan a la Contraloría de Servicios, pero lo que ésta puede hacer es elevar el caso a la respectiva Jefatura y allí prevalece el espíritu de cuerpo y defensa gremial sobre la sanción de la violación.

Casos como los anteriores fueron repetidamente publicados en La Nación durante 2002. En ese año, la Gerencia Médica de la CCSS creó una comisión especial para investigar pagos de una empresa privada en radioterapia a tres médicos de la CCSS que le refería pacientes.<sup>174</sup> Hasta el momento no ha habido información pública sobre los resultados de la comisión investigadora. Cuando se denuncia e investiga un caso de “biombo” (por ejemplo, por el actual Gerente Médico de la CCSS), parecen existir serias dificultades para que se investigue y se establezcan las sanciones pertinentes.<sup>175</sup>

El Reglamento de Medicina Mixta puede haber contribuido a legalizar e institucionalizar algunas de estas prácticas. El mismo define el sistema de medicina mixta como una forma

<sup>174</sup> La Nación, 11 de septiembre del 2002.

<sup>175</sup> Conversación personal con miembro de Junta Directiva de la CCSS que prefirió mantenerse anónimo, 11 de enero de 2003.

alternativa de prestación de servicios de salud, en la que el asegurado tiene la opción de contratar directamente, por su cuenta y riesgo, el ejercicio privado de los servicios de los profesionales de la salud, con el derecho a recibir obligatoriamente de la CCSS los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, incluyendo exámenes de laboratorio, imágenes, servicio de farmacia, atención de incapacidad y licencias.<sup>176</sup>

### iii) Recaudación y decisiones en materia de inversión

La CCSS ha logrado avances importantes en financiamiento e inversión. Con anterioridad a los años 2000-2001, la CCSS estaba sujeta a órdenes, instrucciones, circulares y directrices emanadas del Poder Ejecutivo o de la Autoridad Presupuestaria en materia de gobierno y administración de los seguros sociales, sus fondos y sus reservas. La Autoridad Presupuestaria o el Poder Ejecutivo dirigían la inversión de los fondos de los seguros sociales hacia títulos de gobierno y establecían límites al gasto y a la creación de puestos. Estas restricciones fueron formalmente eliminadas por la LPT de 2000 y la Ley de Administración Financiera y Presupuestos Públicos de 2001, otorgando mayor autonomía a la CCSS. No obstante, hay que operacionalizar estas medidas legales para que efectivamente resulten en cambios en la utilización de los recursos. También quedan aún problemas importantes por resolver en los servicios del SEM en relación con el sector privado y el acelerado “soltar amarras” sin lineamientos estratégicos en el marco de un sistema único de salud.

*Evasión, mora y mejora en la recaudación.* Ha sido ampliamente documentado que la CCSS enfrenta serios problemas de evasión, subdeclaración y morosidad. Actualmente, el 70% del total de la deuda con la CCSS corresponde al 20% de deudores que deben más de 20 millones de colones, y el 40% del total de dicha deuda corresponde al 10% de deudores con deudas mayores a los 50 millones de colones.<sup>177</sup> Como se analizó en la sección de Pensiones (II-1-c), la LPT otorga a la CCSS un conjunto de mecanismos para combatir estos problemas pero muchas de ellas no se han ejecutado o no han sido puestas en marcha adecuadamente y se desconoce además los resultados financieros alcanzados.

*Aumento de la cobertura contributiva.* Uno de los principales problemas financieros que resta aún resolver es el de los regímenes voluntarios, es decir, los trabajadores que aún hoy no tienen obligación de contribuir al financiamiento de la seguridad social, como los trabajadores independientes (ver sección de Pensiones II-1-b).

*Inversión en servicios de salud y vinculación con necesidades poblacionales.* En 1999 el SEM tuvo un superávit de 17 mil millones de colones de los cuales, 10 mil millones de colones eran rendimientos generados por el fondo de salud. Este superávit equivalió al 15% de los “ingresos reglamentarios” de la institución, o sea, los recursos que debió de recibir por las contribuciones de distintas fuentes si éstas hubieran estado al día en sus pagos al SEM.<sup>178</sup> Como resultado de la acumulación de superávit anuales, la reserva o fondo del SEM ascendía a 60 mil millones de colones en 1999. El Presidente Ejecutivo de la CCSS en 1998-2002 argumentó que la reserva no se puede invertir en infraestructura y

<sup>176</sup> Arts. 1, 12, 15,16,17 y 21 del Reglamento del Sistema Mixto de Atención Integral del 8 de abril de 2002.

<sup>177</sup> Defensoría de los Habitantes 2000.

<sup>178</sup> Herrero y Durán 2001.

equipo porque dejaría de darle intereses a la CCSS que el SEM necesita para seguir operando.<sup>179</sup> Según la Defensoría de los Habitantes, esto es inconstitucional porque los recursos del SEM no pueden usarse para fines diversos a la seguridad social, como es la inversión financiera, en detrimento de la inversión en servicios de salud y en su informe de 1998-1999 añadió:

“La generación de superávit provoca un círculo vicioso, pues al colocar los excedentes en inversiones financieras (entre ellas Bonos del Gobierno), que generen más recursos que vuelven a incentivar superávit, en detrimento de los gastos necesarios para que la institución cumpla con su fundamental acción...”  
(Defensoría de los Habitantes 2001: 41).

El argumento de la Defensoría no es totalmente correcto, pues todo seguro de salud necesita hacer inversiones financieras que le permitan mantener su equilibrio financiero-actuarial y, en este sentido, la CCSS está actuando correctamente. La pregunta es si la reserva acumulada es adecuada o excesiva; en el segundo caso habría recursos para la inversión en infraestructura y equipo. Por tanto, lo importante es determinar actuarialmente cuál es la proporción de recursos que deben acumularse para mantener el equilibrio de SEM y cuál la proporción que puede invertirse en los servicios de salud. Sin embargo, carecemos de la información actuarial necesaria para constatar el punto de equilibrio. Por otra parte, en 2002 el país firmó un préstamo externo para financiar el fortalecimiento de servicios de salud, tanto en la CCSS como en el Ministerio de Salud. En todo caso, un reto importante es efectivamente relacionar la inversión en servicios con la demanda de la población. Actualmente, la ausencia de capacidades centrales sólidas para la determinación de dichas necesidades plantea interrogantes acerca del fundamento técnico de la inversión. En otras palabras, por cuanto no hay precisión en las necesidades, es muy difícil evaluar la utilización de los recursos, incluyendo los destinados a inversión en servicios de salud. Por ejemplo, la inversión en equipo de radioterapia que la CCSS debería hacer para ofrecer el servicio en lugar de comprarlos 2 veces y media mas caros en el sector privado, equivaldría a un 5% de superávit anual de 15 mil millones de colones que tuvo el SEM en 1998.<sup>180</sup>

Además la LPT excluyó a la CCSS de los límites de gasto que la Autoridad Presupuestaria establecía a las instituciones autónomas con el objetivo de invertir en bonos del Estado. Asimismo, los “techos” en la creación de puestos fueron eliminados por la Ley de Administración Financiera y Presupuestos Públicos. Esto le permite la CCSS tomar decisiones sobre la utilización del superávit anual del SEM. La eliminación del techo o límite de inversión que la Autoridad Presupuestaria imponía a la CCSS para compra de bonos, le permite a la CCSS otras dos acciones beneficiosas: invertir parte de estos recursos en servicios de salud e invertir financieramente mejor, en instrumentos alternativos a los bonos del Estado.

---

<sup>179</sup> Piza Rocafort 2001.

<sup>180</sup> Defensoría de los Habitantes 2001.

#### iv) Ejercicio de rectoría del sector salud en sus ámbitos público y privado

La reforma en el papel asigna la función rectora al Ministerio de Salud (1997) definiéndola como la máxima instancia o jurisdicción política, normativa y reguladora, que a nombre del Estado ha de orientar la atención de la salud en escala nacional. Esto significa que la rectoría se ejerce sobre todos los agentes de la salud, incluyendo a los proveedores de servicios, sean éstos públicos o privados. De acuerdo a su definición en el papel, la acción rectora consiste en la:

“Conducción hacia la unificación, fortalecimiento y modernización de políticas, legislación, planes, programas y proyectos, así como la movilización y sinergia de las fuerzas sociales, institucionales y comunitarias, que favorecen la salud, el bienestar y la protección y mejoramiento del ambiente humano” (Ministerio de Salud 1997:23).

Para cumplir con ese cometido le han sido asignadas al Ministerio de Salud las funciones estratégicas siguientes: (a) definición de lineamientos o “planificación estratégica” para la “planificación, coordinación e integración de las actividades relacionadas con la producción social de la salud, y con la promoción de la capacidad de respuesta de los actores que participan en este proceso”; (b) regulación “por medio del cual se establecen las estrategias y normativa que gobierna la producción social de la salud”; (c) vigilancia o “medición de las fortalezas y debilidades del nivel de salud de la población mediante el análisis, monitoreo, y control integral de los factores determinantes de la situación actual de la salud y predictivos de posibles escenarios futuros”; y (d) investigación y desarrollo “para promover y regular el desarrollo y aplicación de la ciencia y tecnología en la producción de la salud”.<sup>181</sup>

De acuerdo a la Ley General de Salud y sus reglamentos, el Ministerio de Salud establece los requisitos mínimos que deben cumplirse para la instalación y operación de los servicios de salud (médicos, farmacéuticos, laboratorios) en cualquiera de los niveles de atención.<sup>182</sup> Si estos requisitos se cumplen, los establecimientos obtienen una licencia y el Ministerio tiene potestad de inspección durante el lapso que dure dicha licencia. En caso de incumplimiento, el Ministerio tiene la potestad de cerrar establecimientos, entre otras sanciones. La gran limitación es que el Ministerio carece de mecanismos para regular los productos de los servicios de salud, tales como los costos y la calidad. Por ejemplo, se carece de protocolos de atención (es decir, normas de calidad del servicio final) y otros mecanismos que podrían reducir la llamada “asimetría de información” entre los profesionales de la salud y los usuarios (es como cuando se recurre a un mecánico de autos, el cual dice lo que hay que hacer y el dueño del auto tiene que creerle). Para comenzar a ejercer su nuevo papel rector, en 1996 el Ministerio inició la acreditación de establecimientos de maternidad para indicar a los usuarios, qué establecimientos reúnen normas de calidad; sin embargo, hasta el momento la acreditación es voluntaria (Herrero y Durán 2001).

¿Qué herramientas le han sido efectivamente entregadas al Ministerio de Salud para poder llevar a cabo su nueva función rectora? Básicamente, se trata de liderazgo y persuasión, pero esto implica una paradoja. Por un lado, la reforma propuesta supone que una manera eficiente de conducir al Estado requiere de una cadena de premios y castigos que conduzca

<sup>181</sup> Art. 2 del Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, 16 de enero de 2003..

<sup>182</sup> No. 5395 del 30 de octubre de 1973. Colección de leyes y decretos, año 1973, Segundo Semestre, Tomo 3.

al buen desempeño y logro de productos. Este es el caso de las instancias centrales de la CCSS a través de los compromisos de gestión, y de las gerencias de los hospitales, clínicas y áreas de salud hacia su personal. Ambas tienen la posibilidad de brindar incentivos y recompensas al buen desempeño, por ejemplo capacitación y recursos adicionales. Por otro lado, las herramientas propuestas para el Ministerio de Salud, formalmente la instancia de mayor jerarquía del sector, se basan, no en el premio o el castigo, sino en la persuasión y la capacidad de liderazgo. La evidencia hasta el momento indica que estos mecanismos son insuficientes para ejercer una efectiva rectoría del sector salud.

Para ejercer dicha rectoría, además de capacidad de vigilancia, el Ministerio necesita poder planificar los grandes lineamientos del país en materia de salud. La actual Ministra ha dado un paso importante: realizar un análisis comprensivo de la situación de la salud de la población (Ministerio de Salud 2003). Sin embargo, este paso requiere ser complementado con una política de Estado que dote al Ministerio de los sistemas de información que le permitan traducir diagnósticos en efectiva rectoría. El proceso de reforma ha duplicado los sistemas de información disponibles en el Ministerio de Salud y en la CCSS, de forma que la segunda puede operar autónomamente del primero, el primero se encuentra completamente rezagado en esta materia, y los dos tienen sistemas de información fragmentados e incompletos.<sup>183</sup> Además, los sistemas de información previstos para el Ministerio y necesarios para ejercer la rectoría sectorial, se basan en información suministrada por los EBAIS, la cual no integra a otras instituciones que deberían ser también proveedores de información.<sup>184</sup>

La ausencia de mecanismos para una efectiva rectoría se complica con la dificultad del Ministerio de Salud de procesar los cambios internos necesarios para ejercer su papel rector. Gran parte del personal que ha quedado en el Ministerio ha tenido que comenzar a aprender en qué consiste la rectoría del sector, dejando su labor de promoción o prestación directa de servicios de salud primaria y preventiva. La ausencia de una efectiva rectoría deja al sector sin definición de políticas efectivas y agrava la carencia de capacidades de planificación de los servicios de salud en función de las necesidades de la población, que corresponden a la CCSS. Unido a lo anterior, los procesos de desconcentración y avance de la prestación privada de servicios, provocan una alta vulnerabilidad del sistema frente a presiones de los proveedores (públicos y privados) por determinar los servicios que ofrecen así como la población a la que atienden. Los proveedores realmente carecen de incentivos claramente delimitados que premien el mantenerse dentro de la canasta de servicios según niveles y la atención de las personas asignadas a las respectivas demarcaciones territoriales. La alta vulnerabilidad también se genera por la falta de mecanismos de determinación de costos y de evaluación de calidad de las prestaciones.

<sup>183</sup> De acuerdo a la Contraloría de la República, los sistemas de información de la CCSS y el Ministerio han sido diseñados en forma independiente. Contraloría 2001: 44.

<sup>184</sup> Contraloría 2001.

### v) “Salida” de los sectores medios del uso activo de los servicios de la CCSS

Al fortalecer el nivel primario, la reforma de salud ha tenido un efecto positivo importante: el aumento en el acceso a los servicios por los sectores de menores ingresos.<sup>185</sup> Pero un trabajo realizado para la CCSS muestra que, a partir de la implementación de la reforma de salud, los sectores de clase media-baja y media-media enfrentan serias dificultades para acceder a los servicios de salud del sistema público, debido a barreras de tipo administrativo que impone el mismo sistema, y del sistema privado debido al alto costo de sus servicios (Vargas y Li 2002).

La población que usa activamente los servicios de la CCSS cada vez más es aquella que no tiene poder adquisitivo para comprar servicios privados. La “salida” del sector de mayor ingreso se apoya en evidencia cuantitativa (la tendencia al incremento del gasto privado en salud, incluso en servicios del tercer nivel de atención) pero también cualitativa, basada en la explosión de servicios médicos privados, en investigaciones publicadas en 2002 por *La Nación*, y en múltiples consultas informales que indican el menor uso de los servicios de la CCSS. Este sector prefiere pagar a los proveedores privados que hacer las largas filas y sufrir los largos tiempos de espera de los servicios de la CCSS. La notoria “salida” ha sido ilustrada por el caso siguiente reportado en 2002: Una familia “utilizó con frecuencia los servicios médicos públicos, pero las largas esperas, sobre todo en situaciones de urgencia, hicieron que su interés se volcara hacia la atención médica privada. De ahí que su hija se realizara en la clínica Bíblica un examen para el cual había en ese momento una lista de espera de 4.314 personas en la CCSS. Familias como estas acuden cada vez con mas frecuencia a los servicios de salud que se han venido ampliando en el mercado privado”.<sup>186</sup>

*Amenaza a la calidad de servicios.* Enfrentados a una situación que no siempre les satisface, y en términos de Hirshman (1970), los sectores medios tienen dos opciones: la “voz” que manifieste su descontento, y la “salida” hacia el sector privado. Si bien son precisamente los sectores medios quienes tienen potencialmente mayor “voz” para hacer oír sus quejas y demandas y poder así controlar la calidad de los servicios para toda la población, éstos no parecen estar ejerciendo esta voz sino la “salida”. Por otra parte ¿por cuánto tiempo podrán estos sectores pagar “dos veces” los servicios de salud, una por vía impositiva y otra de su bolsillo? Esta situación hasta hace poco tiempo ocurría en los niveles primario y secundario, mientras que los hospitales públicos nacionales constituían el lugar de confluencia de sectores de ingresos bajos, medios y altos de la población. Pero, recientemente, con el rápido aumento de servicios hospitalarios privados en algunas especialidades y servicios, la confluencia está reduciéndose.

*Amenaza a la sostenibilidad financiera de SEM.* Existe un creciente malestar en los sectores medios y medios altos, dado que por un lado están financiando un sistema de seguridad social que no utilizan salvo excepcionalmente, en servicios del tercer nivel de atención, y, por otro lado, están financiando privadamente sus servicios de salud con un gasto

<sup>185</sup> “En las regiones el impacto de la reforma ha sido notorio, en especial en aquellas conocidas como periféricas, donde se dio prioridad a la apertura de áreas de salud y EBAIS en las cuales de 1995 a la fecha, la cobertura de los servicios pasó de 25.7% de la población nacional a casi un 90% en el 2002 y la meta de 800 EBAIS para el 2002 tenía un avance del 81.5%” (Ministerio de Salud 2003).

<sup>186</sup> *La Nación*, 5 de mayo de 2002.



adicional de “bolsillo”. La amenaza a la sostenibilidad del SEM surge cuando estos sectores procuren cotizar el mínimo o nada a la seguridad social, para liberar recursos hacia la atención privada o, eventualmente, por la presión que puedan ejercer para resquebrajar los principios de universalidad y solidaridad que fundamentan el sistema. De hecho hay que investigar si los serios problemas de evasión, subdeclaración y morosidad son indicadores de que esa amenaza ya está materializándose. El reto es que las personas usen los servicios públicos por elección y no por falta de ingresos para recurrir al sector privado. En particular, es necesario mantener y atraer a los sectores medios como usuarios activos de estos servicios.

Dos son las implicaciones principales de este problema. Primero, el SEM podría estarse convirtiendo, en los hechos, en un servicio para la población de menores recursos y, si esto fuera así, se estaría minando los principios del sistema de seguridad social. Segundo, el mantenimiento de los sectores medios dentro del SEM usando activamente sus servicios requiere diversificar la oferta para responder a las expectativas de comodidad y consumo de dichos sectores. Por ejemplo, requiere abrir un debate acerca de cómo “cerrar” el “biombo”, estableciendo en forma transparente una oferta diferenciada de los servicios de apoyo a los propiamente médicos, como son la hotelería, la alimentación, etc.

#### **vi) Rendición de cuentas y participación ciudadana**

La reforma diseñó un importante mecanismo de participación ciudadana: las Juntas de Salud. Estas son entes auxiliares de los establecimientos de salud que prestan servicios exclusiva o principalmente a la CCSS, con el propósito de mejorar los procesos de gestión para las prestaciones de servicios de salud, y el desempeño administrativo y financiero.<sup>187</sup> En 1999 se habían constituido 105 Juntas y en noviembre del 2000 se realizaron elecciones para constituir 120.<sup>188</sup> Esta experiencia fue analizada en detalle por el Séptimo Informe del Estado de la Nación (2001). Sin embargo participación ciudadana no es sinónimo de rendición de cuentas. En el ámbito local en que funcionan las Juntas no es posible abordar aspectos de alcance nacional; además, las Juntas están diseñadas para abordar el “día a día” o la carpintería de la prestación de los servicios y no el rumbo estratégico de la reforma del sector salud. En suma, siendo importantes, las Juntas de Salud no son el ámbito de rendición de cuentas e interlocución ciudadana del proceso de reforma, de sus dirección, avances y retos.

La ejecución de la reforma ha sido a “puertas cerradas”. A lo más, esporádicamente ha tenido lugar el intercambio y confrontación entre tres posiciones. Por un lado están quienes defienden y presentan la reforma caracterizada sólo por logros. Es sostenida por quienes conducen el proceso, aunque es un grupo heterogéneo como reflejan los distintos criterios en cuanto a la compra de servicios privados. En el lado opuesto están quienes tienen una visión crítica y, al menos públicamente, “demonizan” la reforma como responsable de todos los problemas que enfrenta el sistema de salud. Es el caso de varios de los sindicatos del Frente de Organizaciones Sindicales del Sector Salud. Una tercera posición es la que

---

<sup>187</sup> Art. 1 Reglamento de las Juntas de Salud del 24 de diciembre de 1998.

<sup>188</sup> <http://www.ccss.sa.cr/juntasal/frjuntas.htm>

tienen cuadros técnicos intermedios del nivel central de la CCSS y algunas organizaciones sociales y sindicales, principalmente fuera de la CCSS. Es el caso del debate organizado por el movimiento cooperativo agrupado en CONACOOOP para abordar las políticas de salud desde la sociedad civil.<sup>189</sup> Esta posición refleja apoyo y compromiso al modelo de reforma diseñado en el papel, pero preocupación ante los problemas que se analizan en este estudio. A diferencia de las dos posiciones anteriores, ésta no es pública sino que se manifiesta en conversaciones personales y requiere del anonimato para no verse expuesta a la percepción de traición por la dirigencia. Esta situación genera un vacío de interlocución y de mirada crítica de los avances y problemas pendientes.

Esta situación se agrava por una participación hasta ahora poco efectiva de órganos responsables de la petición de cuentas del Estado, en particular la Contraloría General de la República, la Defensoría de los Habitantes y la Asamblea Legislativa. Como lo demuestran los documentos oficiales citados en este estudio, en los últimos tres años ha habido numerosos alertas a aspectos de implementación de la reforma que deberían ser corregidos y, en algún momento, estas preocupaciones han sido de dominio público. Sin embargo, lo han sido de manera unidireccional, en tanto no han sido públicamente respondidas o debatidas por los actores clave del sistema de salud, en particular por la CCSS.

Finalmente, dentro de la CCSS, la reforma ha sido acompañada por procesos de capacitación del personal. Sin embargo, ésta ha sido parcial, en aspectos de “carpintería” de la reforma, de ahí que actualmente, la gran mayoría de los que participan en talleres de trabajo de la CCSS y al Ministerio desconoce los principales lineamientos de reforma e información que trasciende el conocimiento de las herramientas gerenciales concretas. Por ejemplo, se conoce los compromisos de gestión pero no se entiende cómo se relacionan éstos con el conjunto de los lineamientos ordenadores del sistema. Evidencia de esto son los múltiples talleres con profesionales de enfermería que Martínez realizó durante 2001 y primera mitad de 2002.

La falta de información y de comprensión del “bosque” provoca efectos negativos: obstaculiza una interlocución informada entre las autoridades de la CCSS y la población o sus organizaciones; polariza un diálogo de sordos entre defensores y críticos a ultranza de la reforma; refuerza un círculo vicioso de ausencia de interlocución, e impide la búsqueda de soluciones a los problemas identificados en este documento. El resultado es una muy escasa rendición de cuentas por las autoridades de la CCSS acerca de los avances globales del proceso de reforma. Esto, que era esperable en el momento del lanzamiento de la reforma, como forma de minimizar los vetos sociales y políticos a la propuesta, ahora puede estar siendo funcional a intereses particulares (privados o no) antes que públicos, dado que dificulta la creación de coaliciones amplias de personas y organizaciones interesadas en defender la seguridad social dentro y fuera de la CCSS.

En el marco del actual debate nacional para un Pacto Fiscal, el país se encuentra ante el reto de aumentar los recursos públicos, así como de utilizar racional y efectivamente los existen-

---

<sup>189</sup> Primer Foro Nacional sobre Políticas de Salud y Sociedad Civil, San José, 3- 4 de octubre de 2002, en el cual participaron autoridades del sector salud, tanto de la CCSS como del Ministerio de Salud, líderes de organizaciones sociales, cooperativistas, investigadores, etc.

tes. En este marco, organizaciones empresariales, cooperativas, solidaristas, sindicales y campesinas agrupadas bajo la coalición “Hacia la Tercera República” consideran oportuno que la CCSS rinda cuentas de la racionalidad en el uso de sus recursos para compra servicios, reducir filas, etc..<sup>190</sup> Este espacio de negociación política nacional podría favorecer una mayor apertura de las autoridades a dialogar y explicar avances en la ejecución de la reforma. Sin embargo, aún es muy temprano para determinar si este escenario político logrará contrapesar varias administraciones de gobierno en las que la tónica ha sido el relativo aislamiento de la reforma en general y de la CCSS en particular, a escuchar y negociar con organizaciones sociales y productivas fuera del sector salud.

---

<sup>190</sup> CADEXCO, CONACOOOP, Movimiento Solidarista, Mesa Nacional Campesina, Confederación Rerum Novarum. ANEP [www.anep.or.cr](http://www.anep.or.cr).

## IV. PRINCIPALES PROBLEMAS Y RECOMENDACIONES

### A. Pensiones

En esta sección se presentan las principales recomendaciones que surgen de este estudio para enfrentar cada uno de los siguientes cinco problemas identificados:

1. Rendición de cuentas de las medidas de la LPT
2. Universalización de la cobertura de IVM
3. Restablecimiento de la sostenibilidad financiero-actuarial de IVM
4. Monto de las pensiones: revalorización, tasa de reemplazo, discriminación de género
5. Equidad, representatividad y aspectos administrativos

Estos cinco problemas centrales vinculan las duras medidas necesarias para restablecer el equilibrio de IVM, con el cumplimiento de los Acuerdos del FCN y la ampliación de derechos estipulados en la LPT en cuanto a universalización de la cobertura, monto de las pensiones, y aspectos de equidad y representatividad. Ambos autores coinciden en la importancia de aplicar las cinco medidas. No obstante, Martínez considera que sólo es viable abordar los cambios en requisitos y perfiles de beneficios de IVM después de iniciada la ejecución y rendido cuentas de las restantes cuatro medidas. Esto debido que será muy difícil generar acuerdos entre distintos sectores sociales si la CCSS aún no ha implementado la gran mayoría de las medidas que la LPT prescribiera desde 2000. Aunque acepta la importancia de este último obstáculo, Mesa-Lago considera que las cinco medidas deben de aprobarse simultáneamente, si bien pudiese haber una aplicación escalonada entre ellas. La razón es que el restablecimiento de la sostenibilidad financiera-actuarial de IVM se ha venido posponiendo por casi siete años y, si se supedita a la implementación de las otras cuatro, habrá un riesgo enorme de colapso de toda la seguridad social. Esta situación ya se presentó en 1998 cuando el FCN decidió posponer la reforma paramétrica de IVM, alegando que era necesario primero implementar medidas de recaudación y representatividad. Ambos autores consideran necesario y urgente tener acceso a la información actuarial y financiera de los regímenes de pensiones y salud, que permita diseñar distintos escenarios de cambio y diversas combinaciones de medidas que podrían brindar opciones a la sociedad costarricense.

#### 1. Rendición de Cuentas de las Medidas de la LPT

En el tercer año de la entrada en vigencia de la LPT, es preciso conocer los avances y limitaciones en materia de fortalecimiento financiero del régimen de IVM prescritas por la LPT y que fueron producto del Foro de Concertación Nacional de 1998. Tanto para la credibilidad de los mecanismos de concertación social como para la viabilidad de alcanzar nuevos

acuerdos entre sectores sociales, no parece recomendable continuar introduciendo transformaciones en los instrumentos de política del sistema de pensiones, antes de haber agotado y evaluado el potencial transformador de los instrumentos legalmente sancionados y de los mecanismos institucionales para su efectiva ejecución.

La LPT estipuló que la CCSS debía hacer accesible a la población información pública semestral sobre sus instrumentos.<sup>191</sup>

“Las organizaciones de trabajadores o patronos y los asegurados, en general, tendrán derecho a solicitar a la Junta Directiva de la Caja, y esta les dará acceso, a toda la información que soliciten, en tanto no exista disposición legal alguna que resguarde la confidencialidad de lo solicitado. Tendrán acceso a lo siguiente:

- I- Información sobre la evolución general de la situación económica, financiera y contable de la Institución, su programa de inversiones y proyecciones acerca de la evolución probable de la Caja y los niveles de cotización, subdeclaración, cobertura y morosidad.
- II- Información sobre las medidas implementadas para el saneamiento y mejoramiento económico-financiero de la institución, así como las medidas concretas y sus efectos en materia de cotización, subdeclaración, cobertura y morosidad.
- III- Información estadística que fundamente la información indicada en los incisos anteriores. La información mencionada en los incisos anteriores deberá estar disponible al menos semestralmente.”

Hasta el momento, la CCSS no ha rendido cuentas a la ciudadanía respecto a la ejecución de las medidas de la LPT que le competen, en particular de las relativas al fortalecimiento del régimen de IVM y del RNC. La falta de información y de indicadores que permitan evaluar los avances realizados a la fecha en la ejecución de dichas medidas se evidenció con el trabajo de investigación que estudiantes de maestría que son a la vez funcionarios de la CCSS realizaron para Martínez en el postgrado de economía de la salud y políticas sociales de la Universidad de Costa Rica y que se resumieron en el Cuadro 4 de este estudio. Una misma conclusión se arribó en el seminario de la Fundación Friedrich Ebert realizado en febrero del 2003 a los efectos de actualizar este estudio.

En los casos en que ha sido posible conseguir información esto ha sido después de entregar cartas formales y largos tiempos de espera que cuestionan si dicha información es realmente pública y oportuna. Cuando se ha podido acceder a la información, ésta demuestra que la efectividad en la ejecución es pobre, en particular en relación al primer pilar, en el cual la CCSS ha avanzado poco en cumplir lo ordenado por la LPT. El mejor ejemplo es la ausencia de un plan de universalización de cobertura de los trabajadores independientes.

Por otra parte, la SUPEN debería jugar un papel más activo y visible ante la ciudadanía con respecto a la implementación del segundo pilar de pensiones, sus retos y obstáculos para consolidar la solvencia y solidez de este pilar. Por el momento, el papel de la SUPEN parece ser de “puertas adentro” y de relación con las operadoras, pero no de divulgación de derechos a la población, como lo establece la LPT.

---

<sup>191</sup> LPT, Reforma a la Ley Orgánica de la CCSS, art. 54.

Promover una real rendición de cuentas requiere dar explicaciones y que existan consecuencias, positivas o negativas, de dichas explicaciones. Por lo tanto, incluye pero trasciende el informe de labores y requiere de mecanismos institucionales claros, no sólo electorales, para premiar o castigar el desempeño institucional (Martínez 2003). Entre estos mecanismos se encuentran la remoción de cargos, la responsabilidad penal de los dirigentes frente a ciertas anomalías, etc. Como un primer paso, la CCSS debería brindar información pública semestral sobre recaudación, inversión y medidas relacionadas.

## **2. Universalización de la Cobertura de IVM**

Con la creación y evolución del segundo pilar de pensiones, la brecha entre pensiones de asalariados e independientes se acentuará considerablemente. Es indispensable, por tanto, que al menos el primer pilar (IVM) sea universal para toda la población trabajadora.

### *a. Incorporación de trabajadores independientes*

Este estudio muestra la brecha notable en la cobertura de pensiones entre trabajadores asalariados e independientes. Para superarla se requiere que la CCSS complete la universalización de IMV prescrita por la LPT haciendo dicho seguro obligatorio para los independientes en un plazo de cinco años, en forma gradual (transitorio XII). La LPT estipuló que la CCSS elaborara un plan de universalización (transitorio XVII), el cual abarcaría, según datos de 2000, más de 320.000 personas sin cobertura de IVM y más de 100.000 sin cobertura contributiva de salud (aunque posiblemente si efectiva). La LPT dio un plazo de seis meses a la CCSS (vencido a mediados de 2000) para diseñar el plan de universalización.

Indagaciones realizadas por Cruz y otros (2002) en diciembre del 2002 indicaron que no existía un plan de universalización, ni siquiera en borrador, y que técnicos de la CCSS que estaban estudiando este plan eran escépticos con respecto a la viabilidad de realizarlo en cinco años. Esta situación se contrapone a la ocurrida en el decenio del 70, cuando la CCSS logró una rápida extensión de la cobertura de salud incluyendo a los independientes y los pobres. La Asamblea Legislativa debería pedir cuentas a la CCSS sobre este vacío legal.

Es necesario incorporar a los independientes en el menor plazo posible, no sólo por razones legales y sociales sino también económicas, pues de no hacerlo, muchos de ellos terminarán necesitando del RNC y aumentando el costo fiscal. Por ello recomendamos tener en cuenta sus condiciones socioeconómicas, comenzando con los profesionales independientes. La mayoría este grupo tiene un ingreso medio o alto, es fácil su identificación por su relación con colegios profesionales, y su aporte podría tener efectos redistributivos progresivos, ayudando a la universalización de IVM a independientes de menores ingresos.

Este estudio también muestra la notable brecha que existe en la cobertura de los independientes entre salud y pensiones y, para el proceso de universalización, es importante conocer mejor las razones que explican dicha brecha. Una podría ser que los independientes dan mayor prioridad a los servicios de salud necesarios en el corto plazo, que a las pensiones requeridas en el largo plazo (la llamada “miopía”). Estaríamos entonces ante un cálculo racional de los independientes que determinan prioridades confrontando ingresos bajos y

una opción entre los dos seguros a pesar de que actualmente, cuando una persona se afilia a uno debe afiliarse, automática y obligatoriamente, al otro. Por otra parte, como se mostró en los Cuadros 2 y 3, el aporte estatal a los independientes es mayor en salud que en pensiones, salvo en las categorías ocupaciones superiores, lo cual podría ser otra razón explicativa de la brecha de cobertura.

Antes de diseñar un plan que haga obligatorio IVM para los independientes, habría que realizar un estudio que determine los factores que explican la baja cobertura de estos trabajadores y su decisión de incorporación en uno u otro seguro, a fin de tomar decisiones informadas con respecto a estrategias para aplicar y mercadear un plan de universalización efectivo a los independientes. Además, dado que los independientes constituyen un grupo amplio y diverso, habría también que tener en cuenta esas diferencias en la estrategia para incorporarlos, en cuanto a secuencia, facilidades, incentivos y sanciones.

El artículo 87 de la LPT estableció que para “subsana parcialmente la ausencia de la cuota patronal” de los independientes se crearía “un programa especial permanente a cargo de FODESAF”. Sin embargo, esto no se ha realizado, aunque sí se ha modificado el subsidio estatal a los independientes, no siendo por lo tanto claro cuál es la fuente actual que lo financiará. El papel del FODESAF en el financiamiento de los subsidios al aseguramiento de los independientes es un tema importante que el Ejecutivo debe tratar con dicha institución y la CCSS. Legalmente el Ejecutivo debe crear el programa a cargo de FODESAF, de no ser esto posible, habría que determinar cuál o cuáles serían las fuentes de financiamiento para facilitar el ingreso masivo de independientes al sistema.

En 2001 se cambió la escala contributiva para los independientes que rigió durante 2000, en cuanto a las categorías por niveles de ingreso, cotizaciones, subsidios estatales y aporte global (ver sección II-1-c). Es recomendable realizar un estudio del impacto distributivo de dichos cambios. Por otra parte, el subsidio fiscal a los independientes tiene un riesgo de simulación que ya había ocurrido en SEM a fines de los 90, para lo cual habría que tomar las medidas de control necesarias: algunos asalariados, de acuerdo con sus patronos, se inscriben como independientes para ahorrar la cotización patronal y reducir la del trabajador. Un posible factor para desalentar esta situación, especialmente entre los independientes de mayores ingresos, es el no acceso al segundo pilar de pensiones que sólo es para los asalariados. Si bien existe la opción de un tercer pilar para independientes, el acceso al segundo podría constituir un incentivo por la contribución de patronos y Estado y su mayor tasa de reemplazo que el tercer pilar. Si estos factores fuesen conocidos y comprendidos por la población, podrían contrapesar el riesgo de simulación.

Frente al incumplimiento del mandato de la LPT, el Ejecutivo debería ordenar a la Junta Directiva de la CCSS que de inmediato elabore un plan de incorporación de los independientes a IVM, con un cronograma de cinco años, estimando los ingresos por cotizaciones y aportes fiscales requeridos para financiar pensiones actuarialmente balanceadas con los ingresos correspondientes. Este plan debía atenerse a criterios de selectividad y gradualidad en la incorporación de los distintos grupos ocupacionales, contemplar algún grado de redistribución de cotizaciones de los grupos ocupacionales de mayores ingresos a los de menores ingresos, y combinar la obligatoriedad con incentivos que hagan atractivo a los independientes la incorporación al régimen, incluyendo la difusión de los derechos y beneficios

derivados de la afiliación. Además, el plan de universalización debería de abordar la diferenciación entre prestaciones en dinero que existe actualmente, por la cual los asalariados reciben mayores prestaciones en dinero que los independientes (ver III.1-c).

Finalmente, la posibilidad de generar incentivos para la incorporación de independientes no depende solo de la seguridad social sino también de procesos más amplios de “saneamiento” de la producción en materia laboral, social y ambiental. Actualmente, una nueva alianza de organizaciones de exportadoras, sindicatos, solidaristas, cooperativistas y campesinas están preparando y discutiendo con el Gobierno propuestas en esa dirección.<sup>192</sup> Así, una mesa de producción está diseñando y ejerciendo influencia política para que, lo que ahora se consideran meros “costos” de producción y “cargas” sociales, puedan efectivamente convertirse en valor agregado de la producción.

#### *b. Incorporación de campesinos*

En 1998 se recomendó que se hiciesen cálculos sobre el tamaño de este sector y sus condiciones, así como que se estudiaran vías para su incorporación, incluyendo medidas relacionadas con los convenios firmados por asociaciones de campesinos con la CCSS, al efecto de facilitar la incorporación de los mismos. Los campesinos tienen usualmente bajo ingreso y su incorporación efectiva exigiría también un subsidio fiscal (Mesa-Lago 1998:50-51). Estos estudios no se han realizado, ni se han tomado medidas.<sup>193</sup> La CCSS debería estudiar la viabilidad financiera de dichas recomendaciones.

#### *c. Grupos con condiciones de trabajo especiales*

Comprende el trabajo bajo condiciones muy arduas que requiere gran capacidad y esfuerzo físico. Con la edad, estos trabajadores sufren una caída gradual de su habilidad para realizar sus tareas y se les hace muy difícil alcanzar la edad mínima de retiro establecida en la Ley. Las actuales condiciones de acceso a los beneficios, por tanto, son virtualmente inalcanzables para este grupo y esto se convierte también en desincentivo para la afiliación. En 1998 se recomendó estudiar la creación de un régimen especial que aliviase la situación de estos trabajadores y ofreciese mayor incentivo a la afiliación (Mesa-Lago 1998). Hasta la fecha no se han hecho avances en esta dirección y se carece de estimaciones sobre la magnitud del problema.

#### *d. Aseguramiento directo de mujeres que realizan trabajo remunerado*

Este problema afecta particularmente a las mujeres, dado que si bien tienen un porcentaje de aseguramiento mayor que los hombres, la gran mayoría de ellas son aseguradas indirectas o familiares (a diferencia de los hombres cuya principal forma de aseguramiento es directa), aún aquellas que trabajan en forma remunerada. Sólo el 24% de todas las mujeres cuentan con aseguramiento directo en salud y 30% en pensiones; un 15% de las asalariadas y un 48% de las independientes tiene aseguramiento familiar en lugar de directo. Este ase-

<sup>192</sup> Alianza “Hacia la Tercera República: desafío de Costa Rica para el siglo XXI”. [www.anep.or.cr](http://www.anep.or.cr).

<sup>193</sup> Conversación personal con Carlos Hernández, de la Mesa Nacional Campesina, quien representa un importante número de las trabajadoras del campo excluidos de IVM.



guramiento familiar las excluye del acceso a prestaciones en dinero del SEM (incluyendo incapacidad por enfermedad y licencia por maternidad),<sup>194</sup> así como de pensiones, salvo de las pensiones por invalidez o muerte del cónyuge o compañero siempre que ellas demuestren dependencia económica de éstos.

Para resolver esta situación recomendamos promover una ampliación del aseguramiento directo de las trabajadoras remuneradas (asalariadas o independientes), independientemente del nivel de salario o ingreso que reciban. Nótese que la meta es la mujer con trabajo remunerado y, en su mayoría, capacidad contributiva (la meta de la mujer con trabajo no remunerado se trata en la sección siguiente) y que la obligatoriedad del aseguramiento a IVM (actualmente para asalariados y en el futuro cercano para independientes), es un derecho y un deber de las *personas*, por lo tanto, independiente del nivel de ingreso *familiar*. Para lograr esta meta es necesario promover una campaña de divulgación de beneficios del aseguramiento directo y limitaciones del aseguramiento indirecto, así como detectar y sancionar a los patronos que no cumplen con sus obligaciones de inscribir a sus empleadas, deducir sus cuotas y cotizar las propias. Este último problema debería disminuir si la CCSS pone efectivamente en ejecución los controles cruzados presentados en el Cuadro 4.

#### *e. Incorporación de mujeres que no realizan trabajo remunerado*

Hay alrededor de 712.000 personas que realizan labores no remuneradas (de las cuales 85% son mujeres y 15% son hombres), con la siguiente distribución: 18% vinculadas al mercado de trabajo (por ejemplo, trabajadores familiares no remunerados), 36% dedicadas a la administración del hogar, 7% pensionados o rentistas y 39% inactivos. Del total, un 13% está cubierto por IVM pero sólo un 3% contribuye directamente.<sup>195</sup> Tanto desde el punto de vista de la ampliación de derechos como de la sostenibilidad financiera de IVM, habría que estudiar alternativas de aseguramiento directo de estas personas. La recomendación general es evaluar vías para aumentar la cotización, aunque sea marginal y para una pensión proporcional. Analizaremos tres grupos principales:

Mujeres que desempeñan trabajo familiar no remunerado, por ejemplo, un pequeño negocio familiar en que la mujer trabaja con su cónyuge e incluso hijos sin percibir un salario. Ellas deberían ser tratadas de manera similar a las independientes remuneradas de bajo ingreso analizadas en la sección (a), o sea, deberían ser parte del plan de universalización recibiendo el subsidio estatal correspondiente a su respectiva categoría ocupacional.

Amas de casa que pertenecen a hogares de ingresos medios y altos, entre las cuales cabría incentivar el aseguramiento directo mediante una campaña que diese a conocer la ampliación de derechos que esto supondría y bajo el principio de autonomía versus dependencia del proveedor de la familia.

Amas de casa o mujeres que realizan trabajo en el hogar, no desempeñan otro trabajo no remunerado fuera del hogar y carecen de aseguramiento indirecto o familiar: 412.000 care-

<sup>194</sup> Por una mayor elaboración de este tema ver Martínez y otros 2001.

<sup>195</sup> Araya, Barrantes y otros 2002.

cen de todo aseguramiento y su cobertura es inferior al 20%.<sup>196</sup> Las aseguradas familiares tienen al menos acceso a la atención de salud y posiblemente a una pensión. El Acuerdo No. 72 del FCN recomendó un programa para promover la afiliación de amas de casa “que lo requieran” pero la LPT no incorporó dicha recomendación (el art. 86, último párrafo, da prioridad a las amas de casa pero dentro del RNC). Para las amas de casa que tienen bajo ingreso y carecen de cobertura, hay que estudiar formas de protección que combinen unas cuotas muy bajas, con un subsidio fiscal, para financiar una pensión también muy baja pero quizás superior a la del RNC.

*f. Incorporación de toda la población pobre al RNC*

Los Acuerdos 90 y 91 del FCN establecieron la cobertura universal de las pensiones no contributivas para todos los pobres mayores de 65 años no cubiertos por otros regímenes “con énfasis en las mujeres excluidas de los regímenes contributivos”. El artículo 87 de la LPT estableció la universalización de la pensión no contributiva para todos los adultos mayores de 65 años y atendiendo de forma prioritaria a las amas de casa. La pensión no contributiva debería ser igual al 50% de la pensión mínima de vejez del IVM, con el fin de no generar desincentivos a la afiliación y cotización al régimen contributivo. Esto se debe a que se trata de incentivar la cobertura contributiva y, si la pensión no contributiva fuese similar a la mínima contributiva, no habría incentivos para afiliarse y cotizar (Mesa-Lago 2001). Además, la LPT estableció como fuentes complementarias de financiamiento que fortalecerían el RNC, el 95% de los ingresos de la lotería electrónica y el 50% de las multas por infracciones laborales.

Actualmente las pensiones del RNC equivalen a un 37% de la pensión mínima de IVM y 200 colones más que la canasta alimentaria en zonas urbanas. Según fuentes de la CCSS, el número de pensiones no contributivas asignadas por año ha crecido considerablemente. Sin embargo, no se conoce en qué medida la asignación de dichas pensiones responde a los criterios definidos en la LPT, y hay indicios de que los criterios políticos continúan jugando un papel en dicha asignación. Finalmente, la deuda del Estado con el RNC es de más de 50 mil millones de colones<sup>197</sup> y aún no se ha comenzado a transferir recursos de las fuentes complementarias establecidas en la LPT. La Asamblea Legislativa debería de pedir cuentas al Poder Ejecutivo sobre las medidas relacionadas con el financiamiento y asignación de estas pensiones. Además, ambos cuerpos deberían pedir cuentas a la CCSS por no estar ejecutando la universalización del RNC ordenada en la LPT.

También es recomendable realizar un estudio sobre el peso relativo de los nicaragüenses dentro del RNC. Esto permitiría desmitificar el papel que la opinión pública y los funcionarios de la CCSS otorgan a los costarricenses en el “desborde” del régimen no contributivo de pensiones. Por último, todo el debate sobre el RNC debería tener en cuenta el estancamiento relativo y aumento absoluto de las personas en condiciones de pobreza desde la primera mitad de la década de los 90 (Estado de la Nación 2002).

<sup>196</sup> Araya y otros 2002.

<sup>197</sup> Según miembro de la Junta Directiva de la CCSS dado que no fue posible conseguir dato oficial.

### 3. Restablecimiento de la Sostenibilidad Financiera de IVM

La reforma paramétrica de IVM es crucial dado que se ha aplazado por más de cinco años y, si no se implementa, todo el sistema de pensiones colapsará debido a la quiebra de su base. Pero también es necesario que todas las medidas de que la CCSS dispone para reducir evasión, subdeclaración y morosidad se implementen de inmediato, así como que el Estado cumpla con sus obligaciones fiscales con la CCSS, de lo contrario, los trabajadores se opondrán de nuevo a la reforma paramétrica (por ejemplo, aumento de la edad de retiro y de la cuota), necesaria para equilibrar IVM. Esta conexión crucial está relacionada con la rendición de cuentas de las medidas de la LPT, especialmente las de fortalecimiento financiero de IVM, y requiere un resumen de los antecedentes históricos del FCN y la LPT.<sup>198</sup>

En 1998 la evasión ascendía a 18 mil millones de colones, equivalente a la mitad de los gastos de operación anuales de IVM; combinando la evasión y la subdeclaración de salarios, la CCSS dejaba de percibir un tercio de sus cuotas. Por otra parte, la morosidad de las instituciones autónomas y las empresas privadas ascendía a 6.245 millones de colones, sin contar la morosidad del Estado, tanto con el SIVM como con el SEM (Acuerdos 28 y 29 del FCN). Este grave incumplimiento se convirtió en un reclamo fundamental de los trabajadores, los cuales se opusieron (ocupando la sede de la CCSS) a la reforma paramétrica dictada por resolución de la CCSS, aumentando la edad y reduciendo la tasa de reemplazo, hasta tanto se estableciese y ejecutase un régimen fuerte de sanciones contra la evasión y la morosidad. Para hacer frente a los problemas indicados, los Acuerdos Nos. 49-g y 75-f del FNC establecieron: (a) la reforma debe lograr la efectiva articulación de la sostenibilidad financiera de los fondos de pensiones con el rigor administrativo y la necesaria rendición de cuentas, y (b) la CCSS deberá presentar un plan para hacer más eficientes los mecanismos de inspección y recaudación a través de un plan y un cronograma con objetivos cuantificables que serán de dominio público (Mesa-Lago 1998: 53-54, 84, 87, 91, 110). La LPT modificó los artículos 44 a 55 y 74 de la Ley Orgánica, con el fin de establecer las medidas necesarias. En la sección II-1-e se hizo referencia a estas medidas legales, así como a los castigos y premios que se detallan en el Cuadro 4 y cuyo nivel de ejecución y resultados financieros deben conocerse. La rendición de cuentas debería incluir una explicación de por qué varias de las medidas negociadas en el FCN y sancionadas en la LPT no han sido implantadas por la CCSS, después de tres años.

Otro problema ha sido la falta de cumplimiento de las obligaciones del Estado con la CCSS, en cuanto a las transferencias fiscales y como patrono. El Acuerdo No. 39 del FCN ratificó que en 1998 el Ministerio de Hacienda seguía la política de no girar todos los recursos recaudados a FODESAF. A su vez, la no transferencia de FODESAF al RNC provocó un faltante de 1.000 millones de colones en el decenio precedente. Los Acuerdos Nos. 94 y 95 del FCN demandaron que el Estado reconociese la deuda de FODESAF con el RNC, así como “el cumplimiento total y oportuno” de la transferencia del 20% de los recursos de FODESAF a la CCSS, y que se instituyera un “fondo perpetuo de asistencia para personas

<sup>198</sup> Este tema también es importante en vista a la integración comercial de Costa Rica con el resto de América Central y los EEUU. Las medidas puede ir desde incluir una cláusula que obligue a las transnacionales a la afiliación de sus trabajadores en la CCSS, hasta la inclusión de aranceles compensatorios y premios para los países cuyos costos de producción son mas altos debido, precisamente, a inversión social entre la cual se encuentra la seguridad social (Hacia la Tercera República, Propuesta en elaboración, febrero 2003).

adultas mayores” (Mesa-Lago 1998: 86, 94). El artículo 74 de la Ley Orgánica, modificado por el artículo 85 de la LPT, estableció la obligación del Ministerio de Hacienda de “presupuestar anualmente, las rentas suficientes que garanticen la universalización de los seguros sociales y ordenar, en todo caso, el pago efectivo y completo de las cotizaciones adecuadas a la Caja por el Estado, como tal y como patrono”. El incumplimiento de estas obligaciones acarreará “las responsabilidades de la ley” y será sancionada con la pena que fija el Código Penal. Sin embargo, la morosidad del Estado supera actualmente los 100 mil millones de colones sin que se hayan asignado las responsabilidades correspondientes (Miembro de Junta Directiva de la CCSS, conversación con Juliana Martínez, 11 de enero de 2003).

Un participante en el Foro de la Fundación Friedrich Ebert del 3 de febrero de 2003 mencionó el principio de “sostenibilidad” (una adición interesante a los principios de seguridad social) pero cuestionó por qué los estudios actuariales al comienzo de IVM no habían asegurado dicha sostenibilidad a largo plazo y ahora se plantea la necesidad de hacer cambios como el aumento de la edad de retiro y de las cuotas para equilibrar IVM. Hay dos razones fundamentales para esta situación. La principal es que cuando IVM se estableció en 1943, requería una edad de retiro de 65 años para ambos sexos y en aquel momento la esperanza de vida al tiempo de retiro era muchísimo más baja que ahora. Más tarde, como resultado de procesos electorales, se creó el retiro anticipado reduciendo las edades a 55 para la mujer y 57 para el hombre, mientras que la esperanza de vida crecía, lo cual obligó después a aumentarlas a 59 años y 11 meses para la mujer y 61 años y 11 meses para el hombre. No obstante, en 2003, 60 años después de establecido IVM, Costa Rica tiene la esperanza de vida más alta de toda América Latina, pero las edades de retiro anticipada son 5 años menos para las mujeres y 3 años menos para los hombres que cuando se creó el programa.

Una segunda razón es que el régimen de capitalización parcial colectiva de IVM (prima media escalonada), garantiza el equilibrio en períodos (por ejemplo, 20 años) en vez de indefinidamente, pero al final de cada período hay que hacer una evaluación y determinar si el programa está equilibrado y, si no lo está, hacer los ajustes necesarios (por ejemplo, aumentar la cotización o la edad de retiro, etc.). Desgraciadamente estos ajustes no se hicieron y, por el contrario, las edades fueron reducidas. La reforma paramétrica necesaria de IVM viene siendo discutida desde 1996 y no hubo acuerdo en el FCN sobre las medidas que se discutieron para restaurar el equilibrio, han pasado 5 años y la reforma no puede postergarse más pues el desequilibrio se va haciendo peor.

Las medidas propuestas por la CCSS para restablecer el equilibrio actuarial de IVM se presentan en el Cuadro 16 y, por cuanto no se especifica la posibilidad de combinar parcialmente algunas de ellas, se entiende que la propuesta es ejecutarlas de manera completa y simultánea. Dichas medidas deben ser respaldadas de manera transparente con la publicación del estudio actuarial (que determine el período de equilibrio) y, debido a su carácter controversial, es aconsejable que un actuario de la OIT las revise o audite.

<b>Cuadro 16. Condiciones y Perfil de Prestaciones, Actual y Propuestos por la CCSS, 2002.</b>		
	<b>Actual</b>	<b>Propuesta</b>
Cobertura	Obligatoria asalariados Voluntario independientes	Obligatoria asalariados Voluntario independientes
Retiro		
Edad	65 años ambos sexos y al menos 240 cuotas; o tener edad y número de cuotas pre establecido	Aumento de 3 cuotas por año hasta alcanzar las 300 para ambos sexos. A partir de los 65 años los requisitos decrecen hasta llegar a las 240 cuotas a los 68 años o más
Retiro anticipado	Edades menores, mayores requisitos e igual pensión	Retiro anticipado hasta 3 años, pero con reducción del monto de la pensión. En caso de desempleo se permite hasta 5 años antes, también con ajuste del monto de la pensión
Salario promedio de referencia (SPR)	Promedio de los 48 salarios más altos en los últimos 60 cotizados	Promedio de los últimos 60 salarios cotizados (ajustados a la inflación) que se incrementa a razón de 12 salarios por año hasta completar 240 cotizaciones en el 2015
Tasa de reemplazo y cálculo de la pensión	Vejez: 60% del salario promedio de referencia (SPR) más 1% por cada año adicional a los 20 cotizados, más mejora por cada trimestre postergado	Vejez: 50% del SPR, más 1% por cada año adicional a los 25 cotizados, más 6% por cada año postergado, hasta un total de 5 años
	Invalidez: 60% del SPR, más 1% por cada año adicional a los 20 años cotizados	Vejez: 50% del SPR más 1% por cada año adicional a los 25 cotizados
	Muerte: 70% de la pensión del asegurado si es mayor de 70 años o es inválido; 60% si menor de 70 años; 50% en otros casos; igual para ambos sexos	50% del monto básico más 1% por año cotizado en exceso de 25 años
Revalorización	2 veces al año; criterios de inflación y nivel de salarios	Dos veces al año; criterio de inflación
Cotizaciones	7.5% de los salarios	A partir de 2010 el nivel de cuotas se aumenta un punto porcentual, cada 10 años, hasta completar 10.5% en 2030
Fuente: Piza Rocafort 2002		

Las medidas del Cuadro 16 son analizadas a continuación, comenzando con las menos conflictivas y terminando con las más problemáticas, también se trata el rendimiento de la inversión y su impacto en el equilibrio de IVM.

#### **a. Cambio en la fórmula de cálculo del salario de referencia**

La CCSS propone un aumento gradual de los 48 salarios mensuales más altos en los últimos 60 salarios a los 240 salarios más altos en un período a determinar, ajustándolos a la inflación, o sea, un aumento de los 4 salarios anuales más altos en los últimos 5 años a los 20 salarios más altos y recomienda que sea durante la vida activa del asegurado. Esta fue una de las recomendaciones hechas por Mesa-Lago en 1998, basado en las tres razones siguientes: (i) el ajuste anual del salario a la inflación es una ventaja porque elimina el azar

que puede afectar diversamente a los asegurados; (ii) la selección de los últimos 5 años de trabajo para el cálculo del salario de referencia estimula la subdeclaración de los salarios durante todo el período anterior (en contubernio con el patrono, para reducir la cotización), castigando a los trabajadores y patronos que declaran los salarios íntegros durante toda la vida activa del trabajador y que pagan todas las cotizaciones, además elimina la posible sobredeclaración del salario en los últimos 4 ó 5 años antes del retiro para aumentar el salario de referencia, y (iii) el uso de los cuatro salarios más altos en los últimos 5 años favorece a los trabajadores de ingreso medio y alto, cuyo salario tiende a crecer y alcanza su punto más alto al final de su vida activa, pero castiga a los trabajadores manuales de bajo ingreso cuyo salario tiende a decrecer debido al proceso de envejecimiento y correspondiente disminución de su capacidad física. Esta medida, por tanto, debería de recibir una alta prioridad.

#### **b. Aumento del número de cotizaciones mínimas**

La CCSS propone que el número de cuotas mínimas para obtener una pensión se aumente de 240 a 300 semanas, o sea, de 20 a 25 años, un incremento de 5 años. Esta medida sigue la tendencia regional, por ejemplo, 35 años en Uruguay, 30 años en Argentina, 25 años en El Salvador y México (Mesa-Lago 2000) y sería la segunda menos problemática de las cuatro.

#### **c. Incremento de la cuota de cotización**

La cotización global de 7.5% para IVM se ha mantenido por muchos años. Al revisar reglamentos anteriores, vemos que el 7.5% rige desde al menos 1971,<sup>199</sup> a pesar del gradual envejecimiento de la población, la maduración del programa de pensiones y el incremento de la esperanza de vida al tiempo del retiro. La CCSS propone aumentar la cotización global en 3 puntos a 10.5% en un período de 20 años, la cotización del 10.5% aún quedaría muy por debajo de la de países como Argentina y Uruguay. Esta medida es la más problemática después del incremento de la edad.

#### **d. Equiparación de la edad de retiro anticipado entre hombres y mujeres**

La CCSS mantiene la edad ordinaria de retiro en 65 años pero aumenta el número mínimo de cuotas de 20 a 25 años, además, reduce gradualmente las cuotas después de los 65 años de edad hasta 20 años de cuotas al alcanzar 68 de edad. Esto último es un incentivo para postergar el retiro y aumentar la tasa de reemplazo y el monto de la pensión. Con respecto al retiro anticipado, se aumenta el mínimo a 62 años para ambos sexos (igual para el hombre pero dos años más para la mujer), además se reduce la pensión proporcionalmente a la reducción en los años de edad. Los autores de este estudio no están de acuerdo entre sí en la homologación de la edad de retiro anticipado en 62 años.

---

<sup>199</sup> RIVM que rige desde el 13 de julio de 1971.

Martínez considera problemática la homologación de la edad de retiro anticipada. Esto porque la seguridad social, en conjunto con políticas sociales y de empleo, debe llevar a cabo medidas de afirmación positiva que permitan superar la división sexual del trabajo entre hombres y mujeres reflejada dentro y fuera del hogar. Este problema, al igual que el de la pobreza, obedece a razones estructurales que trascienden los acuerdos domésticos de la pareja y que aún no han sido efectivamente resueltos en ningún país del mundo. Por ejemplo, las mujeres costarricenses continúan asumiendo la mayor parte de la responsabilidad en el embarazo y la atención del recién nacido y existe aún un muy bajo grado de tolerancia para padres que buscan asumir parte de estas responsabilidades. Posiblemente esto es aún más dramático en unos segmentos laborales que en otros (¿a qué peón de la construcción se le permite ausentarse de su trabajo para llevar un niño al médico?), pero es la norma general de la sociedad. Evidentemente la división sexual del trabajo y la discriminación de género resultante no es responsabilidad exclusiva de la seguridad social. Sin embargo, tampoco deja de ser su responsabilidad como no deja de serlo la pobreza. En cuanto a esta última hay amplio consenso en la necesidad de medidas de afirmación positiva de la seguridad social (caso del RNC) que, junto con otras medidas externas a la seguridad social (por ejemplo en materia de programas de empleo y combate a la pobreza) atiendan las inequidades sociales y económicas. De igual manera, la seguridad social debería mantener la diferencia en edades de retiro mientras que, paralelamente, se promueven otras medidas dentro y fuera de la seguridad social que amortigüen y constituyan alternativas a la actual división sexual del trabajo.

Mesa-Lago considera que la equiparación de la edad de retiro anticipada en 62 años entre hombres y mujeres, si bien es la medida más controversial política y socialmente, es importante y adecuada, por diversas razones. Primero reduciría el déficit actuarial que surge porque la mujer puede retirarse dos años antes que el hombre pero vive un promedio de vida cinco años más que el hombre, lo cual resulta en siete años más y tiene un costo financiero y actuarial altísimo. Segundo, la equiparación propuesta en 62 años es tres años inferior a la edad original de 65 años para ambos sexos establecida en 1943, cuando la esperanza de vida era muchísimo inferior. La edad de retiro anticipada de la mujer aumentaría sólo en dos años y un mes y podría hacerse gradualmente en un período de cuatro años, con incrementos de seis meses por año o en ocho años con incrementos de tres meses anuales. De hecho hay países que han establecido la edad de 65 años para ambos sexos, por ejemplo, Bolivia, México y Perú, que tienen una esperanza de vida al tiempo de retiro muy inferior a la de Costa Rica (Mesa-Lago 2000), y Bahamas y Barbados con esperanza de vida similares; en los Estados Unidos que tiene una esperanza de vida algo mayor que la de Costa Rica la edad ya es de 67 años. Tercero, las inequidades de género deben ser atacadas en el área en que se generan, pero es imposible que la seguridad social compense por inequidades exógenas al sistema que deben ser resueltas con políticas ad hoc (ver sección 4-c abajo).

#### **e. Rendimiento de la inversión**

El rendimiento de la inflación tiene un impacto en el equilibrio de IVM: si es alto su efecto es positivo, pero si es bajo o negativo entonces empeorará el desequilibrio. El Acuerdo 27 del FCN informó que el rendimiento real (ajustado a la inflación) del fondo de IVM había sido positivo en 1991-1997. Es necesario saber cual ha sido el rendimiento real anual pro-

medio en 1998-2002 para poder determinar su impacto en el equilibrio. También se necesita conocer el rendimiento real del fondo en el segundo pilar (cuentas individuales) en 2000-2002 para saber si hasta ahora cumplirá el pronóstico de una tasa de reemplazo de 15% adicional a la de IVM. Pero no debe abrigarse la falsa esperanza de que un rendimiento alto evitará tomar una combinación de las cuatro medidas analizadas en las secciones anteriores.

#### **4. Monto de las Pensiones: Revalorización, Tasa de Reemplazo, Discriminación de Género**

##### **a. Revalorización**

El Acuerdo No. 31 del FCN recomendaba introducir mecanismos transparentes que regulen el ajuste periódico del monto de las pensiones de IVM. Dichos ajustes se están haciendo, periódicamente por parte de la Junta Directiva de la CCSS (de acuerdo a artículo 29 de RIVM) aunque el reajuste máximo fue del 4% y la inflación del 2002 fue de 9.67%. La propuesta de la CCSS haría la revalorización dos veces al año (como estipula la norma actual) con base a la inflación y sin tener en cuenta en nivel de salarios.

##### **b. Tasa de reemplazo**

Cálculos actuariales hechos en 1998 estimaban que, implantando las reformas propuestas entonces, el primer pilar (IVM) garantizaría una tasa de reemplazo de 50%, mientras que el segundo pilar (cuenta individual) aportaría un 15% adicional, para un total de 65% (adecuado a niveles internacionales), pero si no se implantaban las reformas, entonces la tasa de reemplazo de IVM caería a 29-34% (Mesa-Lago 1998:57). Como no se implantaron las reformas y han transcurrido cinco años, es lógico suponer que ha caído la tasa de reemplazo, pero es necesario tener una proyección a 25 años de la Dirección Actuarial de la CCSS sobre esto. Así mismo, es esencial tener proyecciones de la tasa de reemplazo si se introducen las reformas propuestas por la CCSS ya analizadas, haciendo simulaciones sobre el impacto de varias combinaciones de medidas.

##### **c. Discriminación de género**

El tema de la discriminación por género en las pensiones es importante y está siendo objeto de análisis y políticas en América Latina (ver Arenas de Mesa y Montecinos 1999; Bertrou 2001; Birgin y Pautassi, 2001; Martínez y otros, 2001; Pautassi, 2002). En el análisis de las diferencia entre las pensiones por género, es importante identificar causas discriminatorias externas (del mercado laboral, demográficas) y otras internas (de la seguridad social). Hay que separar estos dos tipos de causas y diseñar políticas que corrijan la discriminación en sus propias fuentes.



### **i) Factores externos**

Cuatro factores serán analizados aquí, los tres primeros relacionados con el mercado laboral y, el último con un aspecto demográfico.

El pago de un salario inferior a la mujer por un trabajo igual al realizado por el hombre se estima en un 70% (Estado de la Nación 2000), relacionado, en gran medida, con insuficiente efectividad en la ejecución de las leyes laborales que establecen igual salario por igual trabajo. Este factor tiene directas implicaciones para la seguridad social, dado que las cotizaciones a ésta constituyen un porcentaje del salario, pero deben atacarse y corregirse con medidas como la inspección, laboral sanciones más duras a los violadores, etc.

Las diferencias en calificación de la mujer y el hombre que pueden determinar un salario inferior. La calificación más baja puede ser resultado del sistema educativo, lo cual no parece ser el caso en Costa Rica, pero también puede resultar de la empresa, debido a que el patrono puede dar preferencia al hombre en el entrenamiento, debido a que tiene mas estabilidad y permanencia en la empresa que la mujer y así su inversión tiene un efecto mayor. Este tema requiere investigación y, de encontrarse discriminación, diseñar políticas correctoras.

La doble jornada laboral, remunerada y no remunerada que realizan las mujeres; la última consiste en cuidar a las personas más vulnerables y dependientes como son niños, adultos mayores y otras con incapacidades que les impiden valerse por sí mismas. Existen varias maneras de reconocer y resolver esta situación, la mayoría fuera de la seguridad social (por ejemplo mediante inversión pública en el cuidado de infantes aunque también dentro de la seguridad social (por ejemplo, reconocimiento de cuotas por crianza).

La esperanza de vida mayor de la mujer (4 ó 5 años más) que el hombre, este tema es el principal y más complejo y será analizado abajo.

### **ii) Factores relacionados con la seguridad social**

Aquí serán analizados dos factores que se relacionan con el sistema de pensiones; también la diferencia en discriminación de géneros entre sistemas de reparto, de capitalización individual y mixtos.

La mujer tiene una densidad de cotización promedio inferior a la del hombre, debido a que la primera deja el trabajo para dar a luz y subsiguientemente realiza tareas de cuidado de los hijos. Este problema debe ser resuelto por la licencia pagada de maternidad que en Costa Rica es de 10 semanas en total (distribuidas antes y después del parto) y durante la cual la CCSS y el patrono se distribuyen todas las cargas sociales, incluyendo las cotizaciones a la seguridad social del primer y segundo pilar. En la sección III-1-c se trató el efecto boomerang que genera este derecho y medidas para atenuarlo.

Una edad de retiro inferior 2 años a la del hombre, la que combinada con 5 años más de esperanza de vida, resulta en 7 años mas de retiro promedio (ver el comentario que se hace sobre esto en la sección IV-3-d).

Ante la situación descrita es evidente la necesidad de promover medidas de distinto tipo, en materia de inversión social, de mercado laboral y de seguridad social. Entre estas últimas la OIT (2001) recomienda: “conceder a las mujeres prestaciones de seguridad social por derecho propio y no por personas a cargo”; “proseguir los esfuerzos por luchar contra la discriminación salarial”; “disfrutar de las prestaciones de la seguridad social [a] cualquiera de los progenitores que se ocupe del cuidado de los hijos”, y que “cada sociedad debería considerar la posibilidad de introducir una discriminación positiva a favor de las mujeres allí donde haya que hacer frente a la discriminación propia del sistema”. Mesa-Lago concuerda con estas recomendaciones pero considera que la última no es clara en cuanto a cómo introducir esa discriminación positiva y reafirma su opinión de que la seguridad social no debe compensar discriminaciones externas al sistema ya que éstas deben ser atacadas por políticas ad hoc. Martínez por su parte considera deseable que cada país avance en políticas que complementaria y simultáneamente, aborden la discriminación de género desde dentro y fuera del sistema de seguridad social.

La discriminación de género es distinta según se trate del primer pilar (IVM) o del segundo pilar (capitalización individual): en el primero tiende a haber medidas compensatorias de la discriminación que desaparecen en el segundo. Los sistemas públicos de reparto o capitalización parcial colectiva (como IVM) tienden a compensar la diferencia en la esperanza de vida con transferencias del hombre a la mujer, por ejemplo, estableciendo una pensión mínima, garantizando una pensión por el resto de la vida de la jubilada, etc. Por el contrario, los sistemas de capitalización individual carecen de elementos solidarios y no compensan dicha diferencia, de ahí que la pensión (por ejemplo, la renta vitalicia) es inferior en la mujer porque vive más años que el hombre (aún menor si la mujer se retira dos años antes). Esto quiere decir si un hombre y una mujer comienzan a trabajar el mismo día por el mismo trabajo y el mismo salario, y realizan la misma cantidad de cotizaciones durante toda la vida, la mujer recibirá una pensión menor porque en el cálculo de dicha pensión se estimará una probabilidad de vida mayor que la del hombre.

Un sistema mixto, como el de Costa Rica, tiende a compensar más la discriminación que un sistema puro de capitalización plena e individual (como el de Chile y otros cinco países de América Latina, ver Mesa-Lago en prensa). Más aún, en Costa Rica la compensación es mayor porque el primer pilar paga la pensión fundamental (en Argentina paga una pensión básica). En este sentido, el sistema costarricense es menos discriminatorio que otros en la región. Sin embargo, de todos modos el segundo pilar de pensiones en Costa Rica introduce un elemento de inequidad que a la hora de diseñarse el segundo pilar no fue visto por ninguna de las partes que participaron en la negociación en el marco del FCN. Si bien no hay una solución sencilla a este problema, si debemos indicar su existencia.

## **5. Equidad, Representatividad y Aspectos Administrativos**

### **a. Equidad: regímenes especiales**

Costa Rica es uno de los países de América Latina con mayor grado de equidad en sus pensiones, tanto en cuanto a la unificación en un organismo central (CCSS) como en la homologación de sus condiciones de adquisición. Como no tiene fuerzas armadas, no existe un régimen privilegiado, el cual es típico del resto de los países de la región. A principios de los años 80 había 19 fondos de pensiones públicas independientes que han sido gradualmente incorporados a la CCSS y sus condiciones homologadas. Quedan sólo dos regímenes especiales, Magisterio y Poder Judicial, los cuales tienen financiamiento y prestaciones distintas a las de la CCSS. Es importante hacer un estudio de ambos y analizar las ventajas y desventajas de su integración y homologación.

### **b. Representatividad**

En 1996-1997 los sectores sociales demandaron la democratización en la elección de representantes en la Junta Directiva de la CCSS y la introducción de mecanismos efectivos de control laboral. El Acuerdo No. 75 (incisos b, c, d) reguló el primer aspecto y recomendó la creación de un Comité de Vigilancia del IVM formado por representantes de los trabajadores y patronos. La LPT (art. 85) modificó la Ley Orgánica estableciendo que la Junta Directiva se integrase por 3 representantes de los trabajadores (elegidos por asambleas), 3 de los patronos y 2 del Estado, con lo cual el gobierno quedó en minoría frente a la mayoría de los cotizantes a la CCSS; además se prohibió al Poder Ejecutivo impugnar las designaciones de los trabajadores y patronos. Sin embargo, no se creó el Comité de Vigilancia ni se han realizado las asambleas de sectores en los que la CCSS debía rendir cuentas, precisamente, de los avances en la ejecución de la LPT.

### **c. Aspectos administrativos**

El Acuerdo No. 77 del FCN recomendó una regulación y entorno competitivo que tienda a minimizar los costos de gestión de las operadoras, mientras que los Acuerdos Nos. 81 y 87 aconsejaron que las operadoras pudiesen ser organizadas por sindicatos, asociaciones solidaristas, cooperativas, entidades financieras, etc., con el fin de facilitar el mayor número de ellas. La LPT incorporó esta última recomendación en su artículo 30. Costa Rica es el país más pequeño entre los nueve que han implantado reformas de pensiones en América Latina y la multiplicidad de operadoras ha dado buenos resultados hasta ahora: a fines de 2002 había 9 operadoras de pensiones en funcionamiento (5 públicas y 4 privadas), el tercer número más alto entre los nueve países que tienen este sistema. México y Argentina tenían 11, pero son países muchísimo más grandes que Costa Rica, mientras que Chile tenía 7 y Bolivia y El Salvador tenían sólo dos. No obstante la tendencia en la región es que el número de operadoras disminuye mediante fusiones y hay que esperar que lo mismo ocurra en Costa Rica (Mesa-Lago en prensa). Otro tema es el grado de concentración entre las tres operadoras mayores: actualmente las 3 operadoras más grandes concentran el 81,5% de las personas afiliadas. Además el 72% de la afiliación en Costa Rica está en manos de opera-

doras públicas, lo cual es también un dato interesante y peculiar si se compara con otros países de la región.

Con el fin de minimizar los costos de gestión, la SUPEN introdujo una innovación importante en América Latina: la comisión es fijada no como porcentaje del salario sino como un 10% del rendimiento del fondo, lo cual debería estimular la competencia y reducir el costo de gestión. Actualmente las comisiones oscilan entre el 8% y el 10% (SUPEN 2002). La fijación de un porcentaje sobre el salario parece haber impedido una reducción del costo administrativo en la región y es importante conocer cual ha sido hasta ahora el resultado del porcentaje sobre el rendimiento en Costa Rica (Mesa-Lago en prensa).

Está además el tema del suministro de información a los asegurados por las operadoras para que estos puedan seleccionar las mejores y así estimular la competencia. Las operadoras invierten muchos recursos en la publicidad y poquísimo en educar a los asegurados. La SUPEN debería jugar un papel más dinámico con una campaña de educación y poner presión sobre las operadoras para que éstas inviertan más recursos en proveer información sencilla y comparada sobre su desempeño en que basar las decisiones.

## **6. Resumen.**

Los principales problemas del sistema multipilar de pensiones se relacionan con la efectiva universalización y la sostenibilidad financiera del primer pilar (IVM), incluyendo el régimen no contributivo que permite hacer realidad la universalización entre las personas de escasos recursos. La idea fuerza para enfrentar estos problemas es buscar, tanto como sea posible, reconciliar la ampliación de derechos con el fortalecimiento financiero del sistema de pensiones, especialmente de su régimen obligatorio, universal y solidario. Las soluciones que se han propuesto son de dos tipos. Las primeras se refieren a la rendición de cuentas y el establecimiento inmediato del paquete de medidas prescripto por la LPT. De ser necesario reformular alguna de dichas medidas es preciso que sea en un debate legislativo y no de facto como se está haciendo actualmente. De este primer grupo de medidas deben además conocerse los impactos esperados en materia de sostenibilidad del régimen de IVM. El segundo grupo de soluciones tiene que ver con nuevas medidas que fortalezcan dicha sostenibilidad financiera y para ello es esencial que la CCSS abra el acceso a la información actuarial y financiera que permita diseñar escenarios de reforma que combinen las medidas examinadas en este documento. Además, de darse la discusión sin información, será difícil generar la confianza necesaria entre los distintos sectores sociales afectados por los cambios. Hay, en suma, un problema de transparencia que es necesario resolver si se quiere que la transformación en pensiones fortalezca y legitime los mecanismos que la democracia costarricense se ha dado para formular y reformular las políticas de Estado.

## **B. Salud**

El país goza de una situación privilegiada para fortalecer un sistema de salud universal, equitativo y solidario. Primero, cuenta con una tradición y experiencia de varias décadas. Segundo, tiene fuertes capacidades institucionales y técnicas, así como recursos financieros suficientes para dar viabilidad a este sistema. Esto era así antes de iniciarse la reforma y a pesar de los vaivenes de la crisis económica de los años 80, y se ha reforzado por el propio proceso de reforma. Tercero, el modelo de reforma en el papel ofrece un arsenal de herramientas o instrumentos de política capaces de ser fieles a los principios de la seguridad social, combinándolos con una modernización y profunda transformación gerencial del sistema. Cuarto, según indican las encuestas, existe una población que si bien es crítica de los servicios que recibe, apoya fuertemente la seguridad social y en particular la CCSS.

Por otra parte, hay problemas preocupantes. Primero, las medidas pendientes en materia de rectoría, regulación, planificación, información sobre necesidades de salud y asignación de los recursos públicos, así como la relación establecida hasta el momento con el sector privado, plantean serias llamadas de alerta que deberían tenerse en cuenta para que el capital político, institucional y técnico que tiene el sistema público y único de salud adquiera sostenibilidad política. Puesto de otro modo, la configuración de intereses actuales muestra gran debilidad del sector público para supervisar, control, regular y ejercer una efectiva rectoría. Segundo, la CCSS confronta debilidades gerenciales importantes que se combinan con la presencia de una zona “gris” de intereses privados impulsados desde la institucionalidad pública. El problema no es que ocurra una mayor participación del sector privado sino la debilidad del sector público frente a éste. Tercero, el cambio de esta situación depende no solo de instrumentos de política idóneos sino de voluntades políticas y de la posibilidad de crear y movilizar coaliciones amplias de sectores de usuarios, prestadores de servicios y población en general, interesadas en fortalecer el sistema de salud en el marco de la seguridad social. Cuarto, el avance en esta dirección requiere abrir el debate a una discusión ciudadana más amplia que el actual “encapsulamiento” del tema de la salud en manos del propio sector salud. En este marco sería posible abordar los temas que se han planteado en este estudio, así como otros de interés de la población que ayudarían a tener una valoración más completa de los avances de la reforma del sector, más allá de los informes técnicos.

En esta sección se resumen los principales problemas y las principales recomendaciones para cada uno de los siguientes grupos de problemas:

- 1 Fortalecimiento de las capacidades centrales de gestión
2. Reforzamiento de la capacidad de la CCSS para “aprender a comprar” y establecer una línea divisoria entre práctica pública y privada
3. Financiamiento e inversión en función de las necesidades de la población

4. Rendición de cuentas y participación ciudadana en el rumbo estratégico de la reforma del sector salud
5. Incremento del uso activo de servicios de la CCSS por los sectores medios
6. Rectoría del sistema de salud

En el corto plazo es urgente enfrentar cuanto antes los problemas presentados en este estudio, impulsando un conjunto de medidas que atiendan cada uno de los seis problemas, dentro del marco legislativo vigente y del propio modelo de reforma propuesto a comienzos de los años 90.

### **1. Fortalecimiento de las Capacidades Centrales de Gestión**

En el último decenio el SEM ha desarrollado un proceso rápido de desconcentración, compra de servicios y asignación de recursos a proveedores privados, pero carece de la información integrada nacional sobre las necesidades poblacionales de salud. No ha habido un fortalecimiento de mecanismos centrales para el control de costos y calidad de los servicios, para evaluar si los proveedores privados responden efectivamente a las necesidades de salud de la población y para fundamentar las decisiones sobre inversión, compra de equipos, etc.

Se requiere fortalecer las capacidades centrales de gestión. Dado que existe una brecha entre la debilidad de las capacidades centrales y el fortalecimiento de las capacidades desconcentradas, fortalecer las primeras podría requerir desacelerar el ritmo de desconcentración para cerrar esta brecha. En particular, es esencial que la CCSS cuente con un sistema de información integral y de nivel nacional que le permita determinar necesidades poblacionales y traducirlo en oferta de servicios y asignación de recursos. Se recomienda que en 2003, sin más posposiciones, la CCSS establezca el sistema integrado de información, defina la oferta institucional y comience a reasignar los recursos basado en las necesidades de salud poblacionales ya determinadas.

### **2. Reforzamiento de la Capacidad de la CCSS para “Aprender a Comprar” y Establecer una Línea Divisoria entre Práctica Pública y Privada**

La recomendación principal es fortalecer a la CCSS. Para lograrlo se recomienda una reforma dentro de la institución, primero terminando las tareas inconclusas y postergadas por bastante tiempo y, segundo, eliminando deficiencias, haciendo que el personal médico cumpla su horario, etc. Se requiere además analizar en detalle la compra privada de servicios para determinar cuáles de éstas son necesarias y cuáles son las acciones requeridas para asegurar la temporalidad y complementariedad de dichas compras. Dicha instancia debería dar seguimiento a los procesos de inversión pública necesaria para asegurar la temporalidad de dichas compras. En materia de compra de bienes, se debe garantizar la interrelación de los procesos de planificación con los procesos de compra administrativa, de forma tal que se garantice la existencia suficiente y oportuna de bienes y medicamentos.

Para ello la CCSS debe desarrollar de inmediato un sistema de contabilidad de costos actualizados a fin de comparar estos con los costos de los proveedores privados que contrata y determinar cuales son los más convenientes, además de evaluar las necesidades de compra de equipo propio (basado en las necesidades de salud poblacionales) y su costo de operación, antes de decidir comprar servicios de equipos privados. Esto permitirá que la CCSS tenga mayor información y mejores condiciones de negociación con el sector privado.

Como parte de una estrategia integral con varios componentes, se debe pensar en un sistema de dedicación exclusiva de los profesionales de las ciencias médicas, que permita establecer una línea divisoria entre el sector privado y el sector público, contribuyendo así a ordenar la casa, además de líneas de mando independientes de las respectivas jefaturas que investiguen las denuncias que se presentan por “biombos” y otras prácticas indebidas. Se debería también impedir el desempeño de cargos gerenciales importantes por parte de personas que tienen intereses privados relacionados con la función pública.

Durante la primera mitad del año 2003 y en el marco del Pacto Fiscal Nacional, la Comisión Especial Mixta (CMPF) creada para tales fines está analizando la reforma fiscal estructural que seguirá a un paquete de contingencia de un año. La reforma tiene varios componentes, uno de los cuales es el de prioridades de inversión. Dado el peso relativo importante de la inversión en salud, es necesario contar con auditorías externas que permitan analizar la situación en materia de compras privadas, especialmente en áreas prioritarias por su importancia cuantitativa, para determinar costos y calidad de las compras. Estas auditorías deberían realizarse por expertos que generen confianza en la sociedad civil y sus organizaciones, lo antes posible y en directa vinculación a la actuación de la CMPF. Esta es una propuesta que ya están haciendo seis de los ocho representantes de la sociedad civil, más concretamente de sectores productivos, incluyendo dirigentes cooperativistas, empresarios exportadores, solidaristas y sindicalistas.

Finalmente es necesario que la CCSS tome acciones decididas, prontas y eficaces para resolver los problemas de las filas y los tiempos de espera, a través de mecanismos que no profundicen el conflicto de intereses.

### **3. Recaudación y Decisiones en Materia de Inversión**

Respecto al mejoramiento de la recaudación nos remitimos a la sección correspondiente de recomendaciones en pensiones. En cuanto a la inversión es necesario acceder a información financiero-actuarial sobre la reserva de SEM, la cual estos autores no pudieron obtener para el presente estudio, a pesar de múltiples solicitudes. Con esta información es preciso determinar si la inversión es adecuada o excesiva para mantener el equilibrio del fondo. Si es excesiva debería utilizarse la parte no necesaria de la reserva y el superávit futuro para la inversión en la necesaria infraestructura de salud de acuerdo con las necesidades poblacionales ya determinadas. Este tema hay que hacerlo público y transparente, de otra forma los trabajadores y otras organizaciones sociales argumentarán (con razón) que existe una reserva excesiva en SEM y también una posible cuota excesiva, cuando hay necesidades de salud insatisfechas y la reforma de pensiones exige aumento de la cuota (lo cual también

afectaría a los patronos), para equilibrar IVM. Si efectivamente hubiese un excedente de la reserva y una cuota excesiva, podría considerarse una transferencia a IVM con el fin de reducir su desequilibrio y “suavizar” las duras medidas de la necesaria y urgente reforma paramétrica.

La CCSS cuenta con un conjunto de mecanismos que le permitirán incrementar la cantidad de sus ingresos y la calidad en su utilización. Se requiere el adecuado cumplimiento de las siguientes medidas estipuladas en la LPT: contra la evasión, subdeclaración y morosidad, pública y privada; para la universalización efectiva del seguro social entre los trabajadores independientes, y en la eliminación a los límites de inversión la Autoridad Presupuestaria imponía a la CCSS para compra de bonos. Si existe la voluntad política, la eliminación de este techo le permite a la CCSS dos acciones beneficiosas: invertir parte de estos recursos en servicios de salud e invertir financieramente mejor, en instrumentos alternativos a los bonos del Estado. Es necesario conocer las fechas de vencimiento de los bonos del Estado, así como los planes de inversión financiera y en servicios de salud que la CCSS tiene para los próximos años. Por ello la principal recomendación es mejorar la petición de cuentas a la actualización de la CCSS en estos aspectos, incluyendo el facilitar el acceso a información pública establecido en la LPT. Esto debe hacerse por los órganos competentes, en particular la Asamblea Legislativa y la CGR, tanto respecto a avances como a medidas pendientes para implementar las normas sancionadas bajo la LPT y la Ley de Administración Financiera y Presupuestos Públicos, etc.

#### **4. Ejercicio de Rectoría del Sector Salud en los Ámbitos Público y Privado**

Fortalecer la entidad rectora y dotarla de los mecanismos y los recursos que se estimen necesarios para cumplir efectivamente dicha función, teniendo en cuenta además que se trata de un sector diversificado en proveedores públicos y privados. La entidad rectora no puede ser una institución volcada exclusivamente al sector público. Formalmente existe una entidad rectora de los servicios de salud que debe asegurar la efectiva protección de los derechos de las personas usuarias. Pero, en la práctica, no hay actualmente una entidad capaz de velar por que las personas usuarias estén pagando lo justo por los servicios, incluyendo a los privados. Tampoco existe una entidad capaz de velar por la calidad que ofrecen los proveedores de servicios, dentro o fuera de la CCSS. Hay quienes consideran necesario fortalecer al Ministerio de Salud. También los que plantean la creación de una entidad reguladora de los servicios de salud al estilo de las Superintendencias actualmente existentes en materia de pensiones y sistema financiero.<sup>200</sup> En este último escenario las funciones de rectoría y regulación del sector salud podrían separarse.

Se recomienda fortalecer la función rectora del Ministerio de Salud o de una Superintendencia de Salud autónoma, asignándole los recursos presupuestarios para que desempeñe adecuadamente sus funciones de diseño de políticas, regulación y supervisión del sector. La decisión por una u otra entidad tendrá implicaciones legales, políticas y prácticas. Primero, no debe haber dos instituciones, sólo una. Segundo, no existen experiencias suficientemente exitosas y prolongadas de superintendencias que pudieran ser ejemplo para el sector salud.

<sup>200</sup> Fernando Herrero, mesa redonda organizada por el Ministerio de Salud, noviembre 2002.



Tercero, políticamente, puede haber grupos que resistan la eliminación del Ministerio y su substitución por la Superintendencia, alegando que esto es parte del proceso de privatización, así que hay que debatir públicamente las razones de dicha sustitución. Cuarto, las principales ventajas de la Superintendencia son que sería autónoma y podría contratar un personal pequeño pero altamente calificado. Quinto, la principal ventaja del Ministerio es que cuenta con historia y experiencia institucional acumulada, así como que es una institución que a lo interno carece de los conflictos de intereses con el sector que ocurren en la CCSS. Recomendamos que se estudien qué mecanismos serían clave para inducir las acciones del sector salud, tanto público como privado y, en función de dichos mecanismos, se evalúe la viabilidad de fortalecer el Ministerio de Salud con dichos mecanismos.

## **5. Incremento del Uso Activo de Servicios de la CCSS por Sectores Medios**

La primera recomendación es actualizar datos relativos al uso activo de servicios de la CCSS por los sectores medios. Una investigación realizada para la CCSS en 2002, argumentó que estos sectores son los que menos han ganado con el proceso de reforma.<sup>201</sup> Es necesario documentar si, al igual que ocurrió durante la década de los 90, actualmente continúa la tendencia a un aumento sostenido y rápido del gasto privado “de bolsillo” por los asegurados, en particular de ingresos medios.

Habría que diseñar una estrategia para el “retorno” de los sectores medios al uso activo de los servicios de salud. Para ello es necesario reconocer expectativas y necesidades propias que estos sectores puedan tener, en particular en materia de servicios de alimentación y hotelería. Un sistema transparente de co-pago por este tipo de servicios permitiría financiarlos, combatir los co-pagos “por debajo de la mesa” que existen actualmente, y beneficiar económicamente a estos sectores que son asegurados de la CCSS.

## **6. Rendición de Cuentas y Participación Ciudadana en el Rumbo Estratégico de la Reforma de Salud**

Se requiere hacer una rendición de cuentas profunda de los aspectos estratégicos de la reforma que se presentaron en este estudio, así como mejorar los mecanismos de participación de nivel nacional que permitan que instituciones como la Defensoría de Habitantes, organizaciones de la sociedad civil e individuos conozcan el rumbo estratégico de la institución, puedan emitir juicio, dar seguimiento y pedir cuentas cuando así lo consideren necesario. Como primera medida cabe explorar la aplicación de los mecanismos que creó la LPT, en particular comités de vigilancia y asambleas de sector, aplicándolos no sólo a pensiones sino también al SEM.

Es necesario que la Asamblea Legislativa (incluyendo la recientemente creada Comisión Mixta para el Pacto Fiscal) y la Contraloría General de la República presten atención a la actuación de la CCSS en temas estratégicos. En vez de una actitud defensiva, la CCSS debería abrirse al diálogo con la sociedad y el Estado. El rumbo estratégico de una institución

---

<sup>201</sup> Vargas y Li 2002.

tan importante para el país como la CCSS, no es decisión exclusiva de sus autoridades, sino de la población en general, de sus representantes electos y de los organismos de control interno del Estado. Por ejemplo, ameritarían discusión nacional: la decisión estratégica sobre el papel de los proveedores privados en el sistema de salud, el uso adecuado o no de los recursos públicos en la compra privada de servicios, y el desarrollo de criterios adecuados (hasta ahora inexistentes) para la asignación de recursos entre áreas, clínicas y hospitales de la CCSS. Para permitir una real interlocución lo primero que se necesita es que la CCSS brinde toda la información financiera pertinente, incluyendo sobre los procesos para la compra privada de servicios, criterios de inversión, etc.

## 7. Resumen

El modelo de reforma en el papel diseñado a mediados de los años 90 preveía soluciones para los problemas planteados en este documento. Si son o no adecuadas y suficientes es algo difícil de saber mientras la ejecución de dichas medidas no se completen, se hayan evaluado y rendido cuentas de sus resultados. Por ello en el corto plazo es urgente que el país finalice la ejecución de aspectos claves de dicha reforma que, como se documentó en este estudio, ha sido dispareja y aún no cuenta con piezas claves para su adecuado funcionamiento. Para ello es necesario fortalecer la función rectora del Ministerio de Salud, así como la capacidad de planificación y asignación de recursos de la CCSS de acuerdo con las necesidades de salud de la población. Para ello la CCSS debe implementar sistemas gerenciales claves, como sistemas de información integrados y de estimación de costos, los cuales permitirían tanto mejorar la efectividad de los servicios que presta directamente la CCSS como la relación de ésta con el sector privado. Es improbable que, por sí solas, ninguna de estas recomendaciones pueda lidiar con los problemas presentados en este estudio. Juntas, sin embargo, permitirían actuar dentro de una ventana de oportunidades que, si bien aún está disponible, disminuye día a día con la profundización de los problemas analizados más arriba. Además de completar la ejecución de la reforma, en un segundo momento sería deseable identificar los vacíos y posibles correcciones requeridas al modelo de reforma, tanto en el nivel de los instrumentos de política (incluyendo la deseabilidad o no del funcionamiento en red de los servicios de salud, la libre elección médica, la competencia por personas aseguradas entre proveedores), como de los servicios que se prestan. Sin embargo, se trata ésta de una discusión que, al igual que en pensiones, no debería darse sin antes evaluar y dar cuenta de los avances y resultados de las transformaciones que llevan ya casi una década de haberse enunciado.

## BIBLIOGRAFIA

Aguilar, Mario Víctor . 2002. Entrevista con Jefe del Departamento Registro de Asegurados de la CCSS. San José, febrero.

Araya, Margarita, Alexander Barrantes, Ana Sofía Mora, Marcela Román y Vilma Villegas 2002. “*Cambios en el aseguramiento de personas trabajadoras no remuneradas.*” San José: Curso de Régimen de Bienestar, Políticas Sociales y Cambios reciente en Costa Rica, Maestría de Economía de la Salud y Políticas Sociales, UCR.

Arenas de Mesa, Alberto y Verónica Montecinos, 1999. “The Privatization of Social Security and Women’s Welfare: Gender Effects of the Chilean Reform,” *Latin American Research Review* vol. 34, no. 3, 1999, pp. 7-37

Arguedas, Alfredo, César Arévalo, Aracelly Herrera y Colomba Martínez. 2002. “Radiografía de los instrumentos de información de la CCSS”. San José: Curso de Régimen de Bienestar, Políticas Sociales y Cambios reciente en Costa Rica, Maestría de Economía de la Salud y Políticas Sociales, UCR.

Asamblea Legislativa. 2001. Comisión Legislativa Especial Sobre Compra Privada de Servicios de la CCSS, Expediente # 13980. Propuesta de informe. San José: Asamblea Legislativa.

Asamblea Legislativa. 2000. Ley de Protección al Trabajador, no. 7983 del 16 de febrero, publicada en La Gaceta No. 35 del 18 de febrero.

Asamblea Legislativa. 1943. Ley Constitutiva de la CCSS, no. 17, 22 de octubre.

Bertranou, Fabio y Alberto Arenas de Mesa (eds). 2003. *Protección social, pensiones y género en Argentina, Brasil y Chile*. Santiago de Chile: OIT.

Bertranou, Fabio. 2001. “Pension Reform and Gender Gaps in Latin America: What are the Policy Options,” *World Development*, vol. 29, no 5, 2001, 911-923

Birgin, Haydeé y Laura Pautassi. 2001. *¿Género en la Reforma o Reforma Sin Género? Desprotección Social en las Leyes Previsionales de América Latina*. Mujer y Desarrollo, vol. 36. Santiago de Chile: CEPAL.

Castillo, Marlen, Roxana Uzaga y María del Rocío Carmona, 2002. “Cambios en el aseguramiento por el Estado y el Régimen no Contributivo”. San José: Curso de Régimen de Bienestar, Políticas Sociales y Cambios reciente en Costa Rica, Maestría de Economía de la Salud y Políticas Sociales, UCR.

CADEXCO, CONACOO, Movimiento Solidarista, Mesa Nacional Campesina, Confederación Rerum Novarum. ANEP. [www.anep.or.cr](http://www.anep.or.cr). Hacia la Tercera República: los desafíos de Costa Rica en el siglo XXI. San José.

Castro, Mauricio. 2000. *La Ley de Protección al Trabajador en Costa Rica: Proceso Previo y Análisis de Contenidos*. San José: OIT.

CCSS. [www.ccss.sa.cr](http://www.ccss.sa.cr)

CCSS. 2000. *Plan Estratégico Corporativo*. Mayo. San José: CCSS.

CCSS. 2002. Reglamento del Sistema Mixto de Atención Integral del 8 de abril de 2002.

CCSS. 1998. *Sistemas de Compra de la Caja Costarricense del Seguro Social*. San José: CCSS.

CCSS. 1996. Reglamento del Seguro de Salud, aprobado por Junta Directiva, en artículo 19 de la sesión número 7082, 3 de diciembre de 1996.

CCSS. 1995. Reglamento del Seguro Voluntario, aprobado por Junta Directa en artículo por 7, acuerdo primero, sesión 6979, 28 de noviembre de 1995.

CCSS. 1995. Reglamento del Régimen No Contributivo, aprobado por Junta Directa en artículo 17, sesión 6921 y el artículo 4, sesión 6926, 27 de abril y 23 de mayo de 1995.

CCSS. 1994 y 1995. Reglamento del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, aprobado por Junta Directiva en artículo 11, sesión 6813, y en artículo 52, sesión 6822, 24 de marzo y 28 de abril de 1994. Artículo 35, sesión 6892, y 19 de sesión 6895, 10 y 24 de enero de 1995. Artículo 8, sesión 6898, 7 de febrero de 1995.

CONACOOOP. 2002. Primer Foro Nacional de Políticas de Salud y Sociedad Civil, 3 y 4 de octubre del 2002, San José, CONACOOOP.

Contraloría General de la República. 2001. *Panorama del Sector Salud*. San José: CGR. 70.

Contraloría General de la República. 1999. *Panorama de la reforma del sector salud*. Costa Rica, junio.

Cruz, Fernando, Allan Vargas, Marvin Arguedas, Juan Pablo Hernández y Melvin Hernández. 2002. “Universalización del aseguramiento de trabajadores(as) independientes”. San José: Curso de Régimen de Bienestar, Políticas Sociales y Cambios reciente en Costa Rica, Maestría de Economía de la Salud y Políticas Sociales, UCR.

Defensoría de los Habitantes. 2001. *Oficio # 01078-2001-DHR*. 6 de febrero del 2001. San José: Defensoría de los Habitantes.

Defensoría de los Habitantes, 2000, Informe de Labores 1999-2000. San José.

Durán, Fabio. 2003-. “Los programas de asistencia social en Costa Rica: el régimen no contributivo”, en Fabio Bertranou, Carmen Solorio y Woulter van Ginneken (eds), *Pensiones no contributivas en Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay*. Santiago, OIT.

Escalante, René. 2001. “Desconcentración de los Servicios de Salud.” Desconcentración en los Servicios de Salud en América Latina, conferencia, IICA. San José, 30 de enero.

Estado de la Nación. 2002. *Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, Séptimo Informe*. San José: Proyecto Estado de la Nación.

Estado de la Nación. 2001. *Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, Séptimo Informe*. San José: Proyecto Estado de la Nación.

Herrero, Fernando y Andrea Collado. 2001. “El Gasto en el Sector Salud en Costa Rica: Un Acercamiento a las Cuentas Nacionales de Salud”, *Procesos, Serie Cuadernos de Trabajo* No. 1.

Herrero, Fernando y Fabio Durán. 2001. “El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica”. Santiago: CEPAL, Proyecto CEPAL/GTZ, “Reformas a los sistemas de salud en América Latina”, Serie Financiamiento del Desarrollo, no. 109.

Herrero, Fernando y Gustavo Picado. 2002. “Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica. Situación actual, tendencias y retos.” San José: Informe presentado al Proyecto Estado de la Nación, julio.

Hirshman, Alberto. 1970. *Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations and States*. Cambridge: Harvard University Press.

INAMU, OIT. 2000. *La mujer empresaria en Costa Rica: años 90*. San José, No 5.

INEC. 2003 “Costo de la canasta básica de alimentos, enero. San José: INEC.

Kleysen, B. 1992. “Los gastos privados de salud en Costa Rica”. San José: Documento de trabajo del Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas, no. 154.

Martínez, Juliana, Juan Diego Trejos y Mauricio Castro. 2002. “El acceso de las mujeres a los seguros de salud, pensiones y riesgos del trabajo”. San José: INAMU.

Martínez, Juliana y Mauricio Castro. 2001. El financiamiento del embarazo en el trabajo: ¿cómo eliminar el efecto “boomerang” y expandir los logros alcanzados?”. San José: Documento preparado para el *Foro sobre Financiamiento de la Maternidad en el Trabajo* organizado por la Asociación Nacional de Empleados Públicos y Privados (ANEP) y la Internacional de Servicios Públicos (ISP), 2 de diciembre.

Martínez, Juliana. 2003. Rendición de cuentas e información pública, gerencial y ciudadana. San José: Documento de trabajo que forma parte de la investigación sobre Información Pública Ciudadana, apoyada por el CIID/IDRC.

Martínez, Juliana. 2001. *La Reforma del Sector Salud: Diseño en el Papel y Principales Problemas en Su Ejecución*. San José: Universidad de Costa Rica, Informe para la Escuela de Salud Pública y Comisión de Compras de la CCSS, Rectoría.

Martínez, Juliana. 2000. “Poder y alternativas: la disponibilidad de agendas internacionales en las reformas de la salud en Costa Rica, 1988-1998”, *Anuario Centroamericano de Estudios Sociales*, No. 25.

Mesa-Lago, Carmelo. En prensa. “Introducción a la reforma de pensiones en América Latina: Modelos y características, mitos y desempeño, y lecciones”, en *La Reforma de Pensiones en América Latina: El Reto de Argentina*, Katja Hujo, C. Mesa-Lago y Manfred Nitsch, compiladores. Caracas: Nueva Sociedad.

Mesa-Lago, Carmelo. 2001. “Social Assistance on Pensions and Health Care in Latin America and the Caribbean,” en *Shielding the Poor: Social Protection in the Developing World*, Nora Lustig, compiladora. Washington DC: Brookings Institution y BID.

Mesa-Lago, Carmelo. 2000. *Estudio Comparativo de los Costos Fiscales de la Transición de Ocho Reformas de Pensiones en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL Serie Financiamiento del Desarrollo, no. 93.

Mesa-Lago, Carmelo. 1998. *La Reforma de Pensiones en Costa Rica*. San José: Fundación Friedrich Ebert.

Mesa-Lago, Carmelo. 1994. *Changing Social Security in Latin America and the Caribbean: Towards the Alleviation of Social Costs of Economic Reform*. Boulder: Lynne Rienner.

Mesa-Lago, Carmelo. 1989. *Ascent to Bankruptcy: Social Security Financing and Development in Latin America*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

Ministerio de Salud. 2003. Análisis Sectorial de Salud. San José: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud. 1997. Propuesta de Re-Estructuración del Ministerio de Salud. San José

Ministerio de Salud/Caja Costarricense del Seguro Social. 1993. Resumen de Reforma del Sector Salud.

MTSS. 2001a. *Informe Preliminar Proyecto Promoción de los Derechos Laborales de las Mujeres*. San José: MTSS.

MTSS. 2001b. Dirección Nacional de Inspección de Trabajo, Benavides. *Atención de Casos de Mujeres y Adolescentes Trabajadores(as)*. San José: MTSS.

MTSS. 2000. Dirección Nacional de Inspección del Trabajo, Largaespada. *Resultados de las Denuncias por Infracciones Laborales en Sede Judicial*. San José: MTSS.

Niessen, L., Els Grijseels. 2001. The evidence-based approach in health policy and health care delivery. Rotterdam: Erasmus University, Institute of Medical Technology Assessment.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). 1960. Convenio No. 94, Relativo a las cláusulas de trabajo de los contratos celebrados por las autoridades públicas, ratificado por Ley No. 2561 del 11 de mayo de 1960, publicada en La Gaceta No. 115 del 26 de mayo de 1960.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2001. Conferencia General de la OIT, 20 de julio del 2001, resolución relativa a la Seguridad Social. Ginebra.

Orloff, Ann Shola. 1996. *Gender in the Liberal Welfare States: Australia, The United Kingdom and the United States*. Madison: University of Wisconsin, Working Paper No. 1980.

O'Hara, Kathy. 1998. *Comparative Family Policy: Eight Countries' Story*. Canadian Policy Ottawa: Research Networks Study, no. F/04. CPRN.

Pautassi, Laura. 2002. Legislación previsional y equidad de género en América Latina. Santiago: Unidad Mujer y Desarrollo, Proyecto CEPAL/ Gobierno de los Países Bajos "Impacto de género de la reforma de pensiones en América Latina" Serie Mujer y Desarrollo, No. 42.

Piza Rocafort, Rodolfo. 2002. *Seguro Social: Nova et Vetera*. San José: CCSS.

Piza Rocafort, Rodolfo. 2001. Mesa de negociación entre dirección de la CCSS y organizaciones sindicales. Enero del 2001.

Presidencia de la República. 2002. Directriz No. 34 del Presidente de La República, del Ministro de la Presidencia y del Ministro de Trabajo y Seguridad Social, del 8 de febrero, publicada en La Gaceta No. 39 del 25 de febrero.

Retana, Gerardo y otros. 2002. "El Sistema Centralizado de Recaudación de la CCSS". San José: Curso de Régimen de Bienestar, Políticas Sociales y Cambios reciente en Costa Rica, Maestría de Economía de la Salud y Políticas Sociales, UCR.

Rocha da Silva, Enid y Helmut Schwarzer. 2003. "Protección Social, Jubilaciones, Pensiones y Género en Brasil", en Fabio Bertranou y Alberto Arenas de Mesa, eds., 2003. *Protección Social, Pensiones y Género en Argentina, Brasil y Chile*. Santiago de Chile: OIT, pp 65-136.

Rodríguez, Adolfo (ed.). 1998. *América Latina: Seguridad Social y Exclusión*. San José: Programa reforma integral de pensiones, Segunda Vicepresidencia.

Sojo, Ana. 2002. "Compromisos de gestión en un escenario eminentemente público: Costa Rica", en *Reformas de Gestión en Salud en América Latina: Los Cuasi Mercados de Co-lom-*

*bia, Argentina, Chile y Costa Rica*. Santiago de Chile: CEPAL Serie de Políticas Sociales, no. 39.

SUPEN. 2002. [www.supen.fi.cr](http://www.supen.fi.cr)

Tercera República. 2003. Propuesta de los sectores productivos. San José, Costa Rica. [www.anep.or.cr](http://www.anep.or.cr)

Trejos, Juan Diego. 2003. Tabulación gasto en salud con base a datos de la Secretaría Técnica de la Autoridad Presupuestaria realizada a pedido de la autora.

Trejos, Juan Diego. 2002a. Tabulaciones de Encuesta de Hogares del 2001 realizadas a pedido de la autora.

Trejos, Juan Diego. 2002b. El gasto social en Costa Rica. Preparado para el UNICEF y el Estado de la Nación, San José, Costa Rica.

Vargas, Mauricio y Sandra Li. 2002. Informe Final de Consultoría para la CCSS: Desarrollo de una Propuesta para fortalecer los niveles de complejidad desde una perspectiva de red de servicios. San José: noviembre.



## **ANEXOS**

## ABREVIATURAS

ASIS	Análisis Situacional Integral de la Salud
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
FCN	Foro de Concertación Nacional
CT	Código de Trabajo
CGR	Contraloría General de la República
CP	Constitución Política
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral de Salud
INA	Instituto Nacional de Aprendizaje
INS	Instituto Nacional de Seguros
LCCCSS	Ley Constitutiva de la CCCSS
LPT	Ley de Protección al Trabajador
PASP	Plan de Atención de las Personas
PEC	Plan Estratégico Corporativo
PESSS	Plan Estratégico de Servicios de Salud
PAO	Plan Anual Operativo
RSS	Reglamento del Seguro de Salud (anteriormente SEM)
RSV	Reglamento del Seguro Voluntario (Salud y Pensiones)
RIVM	Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte
SEM	Seguro de Enfermedad y Maternidad (en la actualidad Seguro de Salud)
SICERE	Sistema Centralizado de Recaudación (CCSS)
SIVM	Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte

## TERMINOLOGIA

Dependencia económica	Relación de dependencia de una persona que carece de ingresos propios con otra que sí los tiene
Asegurado directo	Quien cotiza a la seguridad social; puede ser trabajador remunerado o no remunerado; si es asalariado es obligatoria su cotización, si no es asalariado, la cotización es opcional
Asegurado indirecto o familiar	Quien es asegurado en función de su relación de dependencia con un asegurado directo
Trabajador remunerado	Quien trabaja en forma remunerada, sea en forma asalariada o independiente
Trabajo asalariado	El que se presta para un empleador o patrono, físico o jurídico, bajo una relación de subordinación (con cumplimiento de horarios, sanciones, órdenes, etc.) y que paga una remuneración periódica
Trabajo independiente	También por cuenta propia o no asalariado, es el que se realiza por un trabajador sin un patrono
Trabajo no remunerado	Incluye personas vinculadas al mercado de trabajo (familiar no remunerado, ocupado marginal, ocupado autoconsumo, desempleado visible y oculto); pensionistas o rentistas, y otros inactivos (estudiantes, administradoras del hogar y otros)

Por razones prácticas y a pesar de que no necesariamente es la mejor solución, se ha usado el masculino como genérico.

## **COLABORADORES**

Shirley Blanco colaboró en la búsqueda de información institucional. Susan Quirós estudió las modificaciones en leyes y reglamentos desde marzo 2002 hasta febrero 2003. Mauricio Castro ayudó a incorporar los cambios en regímenes especiales. Juan Diego Trejos facilitó el análisis de cobertura de los seguros. Agradecemos también a las personas y organizaciones sindicales que participaron del seminario de la Fundación Friedrich Ebert 3 y 4 de febrero 2003.

<b>Cuadro A. IMV: Tipos de Pensión Según Beneficiarios y Condiciones de Elegibilidad</b>			
Pensión por: <sup>202</sup>	Tipo de pensión	Quiénes acceden	Condiciones de acceso, para persona: (otorgable sin importar mora patronal en cuotas obrero-patronales) <sup>203</sup>
<b>Vejez<sup>204</sup></b>	Ordinaria	Trabajadores asegurados	Con 65 años de edad y 240 cotizaciones.
	Anticipada		Con posibilidad de adelantar edad de pensión hasta 61 años y 11 meses hombres y 59 años 11 meses mujeres, aumentando proporcionalmente las cotizaciones según determina tabla respectiva.
	Transformación de invalidez en vejez Complementaria por vejez para personas inválidas.		Pensionado por invalidez cumple 65 años su pensión se transforma en pensión por vejez <sup>205</sup>
<b>Invalidez<sup>207</sup></b>	Invalidez	Trabajadores asegurados que: - Por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental pierden 2/3 partes o más de capacidad de desempeño de su profesión, actividad habitual u otra compatible con capacidad residual y que por tal motivo no puede obtener una suficiente remuneración - Sean declarados en estado incurable o con pronóstico fatal, que aún con posibilidad de trabajar, razones de conveniencia social o humanidad, justifican a juicio de	<p>Pensionado por invalidez vuelve a trabajar, alcanza 65 años y cotizaciones de la nueva actividad no alcanzan a 240., tiene derecho a pensión complementaria por vejez proporcional a número de años contribuidos.<sup>206</sup></p> <p>Menor de 65 años y declarados inválidos por la Comisión Calificadora. La invalidez debe ser anterior al ingreso al seguro y la persona debe haber aportado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cotizaciones según edad al momento de la declaratoria, que se establecen en la tabla respectiva que oscilan entre 12 cotizaciones para 24 o menos años, a 120 cuotas para 48 años o más</li> <li>- Al menos 12 cuotas en los 24 meses inmediatos anteriores a la declaratoria de la invalidez si el riesgo ocurre antes de los 48 años.</li> <li>- Haber aportado al menos 24 cuotas en los 48 meses anteriores a la declaratoria de invalidez, si el riesgo ocurre luego de los 48 años</li> <li>- Si existió incapacidad antes de la declaratoria, o por tal condición la persona asegurada no pudo trabajar, el período dentro del cual se debe haber cotizado contará a partir de inicio de incapacidad o condición.</li> </ul> <p>También tienen derecho quienes hayan aportado a este seguro 180 cuotas o más.</p>

<sup>202</sup> Art. 3 RIVM.<sup>203</sup> Art. 44 LCCCSS.<sup>204</sup> Art. 5 RIVM.<sup>205</sup> Art. 21 RIVM.<sup>206</sup> Art. 21 RIVM.

Cuadro A. IMV: Tipos de Pensión Según Beneficiarios y Condiciones de Elegibilidad			
Pensión por: <sup>202</sup>	Tipo de pensión	Quiénes acceden	Condiciones de acceso, para persona: (otorgable sin importar mora patronal en cuotas obrero-patronales) <sup>203</sup>
		la Comisión otorgamiento de una pensión <sup>208</sup>	
<b>Muerte</b> <sup>209</sup> muerte disminuida <sup>210</sup>		Sobrevivientes de trabajadores asegurados (directos)	Cuando asegurado fallecido se encontraba en cualquiera de las siguientes situaciones: - Pensionado por vejez o invalidez - Haber contribuido al menos 12 cuotas en los últimos 24 meses - Haber cotizado 180 cuotas Cuando asegurado fallece habiendo aportado al menos 12 cuotas, pero no dan derecho a pensión, derechohabientes acceden a indemnización igual a 1/12 de salario promedio (equivalente al salario promedio de los últimos 12 meses de contribución) por cada mes de contribución al seguro. El beneficio de indemnización nunca será menor al monto mínimo de la pensión vigente.
	Viudez <sup>211</sup> 212	Cónyuge de asegurado fallecido	Sobreviviente que haya convivido en forma continua y bajo el mismo techo y dependido económicamente del fallecido.
		Ex cónyuge de asegurado fallecido	Cuando haya separación judicial y sobreviviente recibía pensión alimenticia. <sup>213</sup> Cuando haya separación de hecho y sobreviviente recibía efectivamente una pensión alimenticia. <sup>214</sup>
		Compañero(a) dependiente de asegurado fallecido	Con al menos 3 años de convivencia continua, exclusiva y bajo el mismo techo.
	<b>Orfandad</b> <sup>215</sup>	Hijos e hijas de asegurado directo que sean: - solteros menores de 18 años - solteros menores de 25 años, no asalariados y estudiantes que cumplan ordinariamente con sus estudios - inválidos según calificación del SIVM - en ausencia de cónyuge del asegurado fallecido, mayores de 55 años, solteros, vivían con fallecido, no tienen pensión alimenticia, no son asalariados, y no tienen otros medios de subsistencia en razón de limitaciones físicas, mentales o sociales - hijos(as) biológicos(as) no reconocidos(as) ni declarados(as) por sentencia judicial y extramatrimoniales póstumos, previa investigación que lo determine	

<sup>207</sup> Art. 6, 7 y 8 RIVM.

<sup>208</sup> Requiere aprobación de JD a propuesta de la Gerencia.

<sup>209</sup> Art. 18.

<sup>210</sup> Art. 4 RIVM.

<sup>211</sup> Art. 9 y 10 RIVM.

<sup>212</sup> No procede cuando cónyuge sobreviviente es declarado autor o cómplice de la muerte por sentencia judicial.

Cuando al momento de la muerte, el asegurado tenía compañero(a) y cónyuge en las condiciones antes indicadas, se puede reconocer el 50% del derecho a cada uno(a). En ningún caso se conceden más de dos pensiones por viudez.

<sup>213</sup> Por sentencia firme y en cuantía acorde con subsistencia

<sup>214</sup> Se entiende por satisfecho este requisito si la pensión alimenticia satisfacía al menos el 50% de las necesidades del beneficiario.

<sup>215</sup> Art. 12 RIVM.

Cuadro A. IMV: Tipos de Pensión Según Beneficiarios y Condiciones de Elegibilidad		
Pensión por: <sup>202</sup>	Tipo de pensión	Quiénes acceden
		Condiciones de acceso, para persona: (otorgable sin importar mora patronal en cuotas obrero-patronales) <sup>203</sup>
	Otros sobrevivientes <sup>216</sup>	En ausencia de beneficiarios por viudez u orfandad, tienen derecho: - padres si dependían económicamente de persona asegurada fallecida, por limitaciones físicas, mentales o sociales; en su ausencia, - personas que prodigaron cuidados propios de los padres si dependían económicamente de persona asegurada fallecida, por limitaciones físicas, mentales o sociales; en su ausencia, -hermanos(as) si dependían económicamente de persona asegurada fallecida, y reúnan cualquiera de las condiciones exigidas para las pensiones por orfandad.

<sup>216</sup> Art. 14 RIVM.

<b>Cuadro B. SEM: Categorías de Asegurados Dependientes</b>	
<b>Familiar</b>	<b>Requisitos</b>
Cónyuge, compañera(o) sin actividad lucrativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Invalidez para el trabajo, o se encuentre realizando estudios en el nivel superior, mientras mantenga esa situación, o se encuentre desempleado(a) involuntariamente, y,</li> <li>- En ausencia de otros medios económicos propios que le permitan su subsistencia. Esta situación se presume “iuris tantum” en base a declaración jurada de asegurado directo, sujeto a estudio económico de la Caja. Mientras se realiza dicho estudio o cuando éste lo recomienda, se extienden carnés por un año. Si no se determina dependencia económica se suspende el beneficio y formaliza aseguramiento por otra modalidad, reservándose la Caja el cobro costo de prestaciones otorgadas indebidamente.</li> </ul>
Compañera o compañero	Igual a requisitos de cónyuge, siempre y cuando la convivencia marital se haya mantenido en forma estable y bajo el mismo techo, por un año o más.
Ex cónyuge o compañera(o) <sup>217</sup>	Frente a separación judicial o de hecho, cuando no tenga otra fuente de ingresos que pensión alimenticia que suministra responsable.
Hijos(as)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Con discapacidad severa</b> sin límite de edad</li> <li>- Menores de 18 años de edad, o mayores hasta 22 si cursan estudios de enseñanza media o técnica, o hasta los 25 si cursan estudios universitarios, a juicio y comprobación por parte de la Caja.</li> <li>- Mayores de edad en imposibilidad material de trabajar por tener que cumplir su obligación de velar por sus padres, <b>siempre y cuando estos presenten discapacidad severa.</b></li> </ul>
Madre	O persona que hubiere prodigado cuidados propios de la madre, siempre y cuando la Caja compruebe esa circunstancia.
Padre natural o de crianza	Más de 60 años, o menor de esa edad que se encuentre <b>con discapacidad severa.</b>
Hermanos(as)	Menores de 18 años, o mayores hasta 22 ó 25 años, siempre que se encuentren en la situación prevista respecto de los hijos(as), que estén debidamente inscritos, sean solteros y cumplan normalmente los estudios.
	Mayores de edad con imposibilidad material de trabajar por tener que cumplir su obligación de velar por otros miembros del núcleo familiar que se encuentren inválidos.
Otros menores	De 18 años, 22 y hasta los 25 si cursan estudios de enseñanza media, técnica o universitaria, no ligados por vínculo familiar pero conviviendo con asegurado directo. Se requiere declaración jurada de asegurado directo y estudio socioeconómico que CCSS puede realizar en cualquier momento. Cuando el beneficio se otorga por <b>discapacidad severa</b> participa el <b>Departamento de Calificación de la Invalidez.</b>

<sup>217</sup> Art. 12 RSS.

## **Participantes en el Seminario de la Fundación Friedrich Ebert: 2 Y 3 Febrero 2003:**

Asociación Costarricense de Operadores Telefónicos (ACOTEL)

Asociación de Funcionarios del Instituto Tecnológico de Costa Rica (AFITEC)

Asociación Nacional de Empleados Judiciales (ANEJUD)

Asociación Nacional de Empleados Públicos y Privados (ANEP)

Asociación Nacional de Profesores de Segunda Enseñanza (APSE)

Confederación de Trabajadores Rerum Novarum, Sindicato de Trabajadores de Petróleos, Químicos y Privados (SITRAPEQUIA)

Sindicato del Empleados del Ministerio de Hacienda (SINDHAC)

Sindicato de Trabajadores del Instituto Nacional de Aprendizaje (SITRAINA)

Sindicato de Trabajadores de la Universidad Nacional (STUN)

Unión de Empleados del Instituto de Desarrollo Agrario (UNEIDA)