

LA HISTORIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN COSTA RICA¹

Dra. María Del Rocío Carro Hernández *
M.Sc. Gabriel Espinoza Carro **

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Primeros mecanismos de protección social. 2.1. Época precolombina. 2.2. La colonia. 2.3. La República. 3. Establecimiento del sistema de Seguro Social y de la Caja Costarricense del Seguro Social. 4. Universalización de seguros integración del sector salud. 5. Situación actual y objetivos hacia el futuro. 6. Conclusiones 7. Bibliografía.

1. Introducción

En Costa Rica, las primeras manifestaciones de la seguridad social se observan desde la época precolombina donde, de una manera muy elemental es evidente la preocupación de la comunidad en el tema de salud.

Posteriormente se destaca el interés de las autoridades y de la iglesia en apoyar a las personas enfermas, especialmente a trabajadores enfermos, desarrollándose así un sistema asistencialista que en su época tuvo gran importancia.

El café y después el banano, fueron los factores que sirvieron de base para una discusión en el tema de seguridad social, toda vez que sus trabajadores sufrieron una gran cantidad de pestes, epidemias y enfermedades, lo que conllevó al surgimiento de hospitales para su atención.

La promulgación de las encíclicas *Rerum Novarum* y *Quadragesimo Anno* fue de una gran influencia en el pensamiento político del país. Grandes debates sobre los seguros sociales se dieron a raíz de su contenido y en el año 1925 se promulgó la primera ley de Seguro Social en Costa Rica llamada "*Proyecto de ley de reparación por accidentes de trabajo*".

En 1940 inicia su gestión el Presidente Calderón Guardia y toma la decisión de elaborar un Proyecto de Código de Trabajo y la inclusión constitucional de las Garantías sociales. Posteriormente se aprueba la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social en Noviembre de 1941 donde se establece la creación del seguro social.

¹ *Abogada con una carrera más de 25 años. Licenciada en Derecho por la Universidad de Costa Rica. Doctora en Derecho Laboral de la Università Degli Studi di Pisa, Italia. Al comienzo de su carrera fue Juez de Trabajo en la Corte Suprema de Justicia y asesora de la O.I.T., oportunidades que le dieron experiencia nacional e internacional. Tiene varias publicaciones académicas. Ha laborado como profesora de Relaciones Laborales en el Instituto Centroamericano Superior; Universidad de Costa Rica y Universidad La Salle. Actualmente Presidente Asociación Costarricense de Derecho del Trabajo y Magistrada Suplente Sala Segunda Corte Suprema de Justicia.*

^{**} *Licenciado en Derecho por la Universidad de Costa Rica, tesis aprobada con distinción por los integrantes del Tribunal. Especialización en la Responsabilidad Social Corporativa en el Instituto Tecnológico de Costa Rica. Maester en Asesoría Jurídica de Empresas de la Universidad Carlos III de Madrid, España, la obtuvo con la aprobación de su tesis con honores. Es miembro de la Asociación Costarricense de Derecho del Trabajo y de la Sección Latinoamericana de Jóvenes Juristas de la Asociación Internacional de Derecho del Trabajo y Seguridad Social.*

A partir de estas decisiones se inicia un proceso lento pero seguro de implementación de los seguros sociales por etapas y a grupos limitados de personas. Poco a poco se van tomando decisiones tendientes a extender la cobertura del seguro a más grupos de personas. Años más tarde, mediante la creación de una sólida estructura legal se regula la universalización de los seguros y la integración y coordinación del Sistema de Salud.

Es interesante destacar que diversos gobiernos de distintas denominaciones políticas hicieron posible el proceso de la seguridad social y con los alcances que ha tenido hasta el día de hoy

2. Primeros mecanismos de protección social

2.1. Época precolombina.

En la época precolombina podemos encontrar los antecedentes más remotos de la Seguridad social pues, la medicina indígena tenía un alto nivel de desarrollo. Se puede decir que era una medicina básicamente "mágica", basada en creencias tradiciones y conocimientos de botánica que de uno u otro modo suplían las necesidades y expectativas de la gente.

Posteriormente este tipo de medicina fue evolucionando de una forma más empírica caracterizada por la experimentación y manteniendo la base botánica.

En el aspecto social es posible distinguir lo que podrían ser las primeras formas básicas de seguridad colectiva, que habrían incluido la atención médica individual y la asistencia a la viuda y los huérfanos, a cargo de la comunidad. Sin embargo, no hay a disposición registros o datos suficientes sobre esta época.²

2.2. La colonia

De 1502 a 1821 aproximadamente, llegaron a Costa Rica los inmigrantes europeos quienes debían empezar desde cero pues no tenían más que unas pocas pertenencias y sus fuerzas para trabajar. Esto imprime a su organización una característica importante pues destacó por ser una comunidad igualitaria en el sentido que todos tenían que trabajar y cultivar su tierra pues, de no hacerlo, nadie lo haría por ellos y podrían morir de hambre. En este sentido, hasta la misma persona que representaba la autoridad tenía que trabajar su tierra sin distinción alguna.

Otro aspecto que destaca en esa época fue la solidaridad entre ellos; las condiciones adversas, la escasa población y pocos productos hacía indispensable las relaciones interpersonales pues se necesitaban unos a otros en todos los aspectos, incluida la recolección de la cosecha.³

La riqueza era representada por la tenencia de la tierra así como por la población suficiente para garantizar su cultivo. Surge el trueque como la primera forma inicial de comercio.

² Quirós Coronado Roberto. *Antecedentes Sociales y Jurídicos de la Seguridad Social en Costa Rica. En Revista Jurídica de la Seguridad Social No.2, Costa Rica, 1992, p.22*

³ *Ibidem*, p. 22

Desde el punto de vista de la salud, la historia está llena de ejemplos de grandes infortunios de poblaciones enteras que padecieron pestes y hambrunas que afectaban indistintamente a unos u otros⁴.

Surge un enorme interés en temas de salud, ya que existía un riesgo latente de enfermarse y no poder sobrevivir la enfermedad. Esto genera preocupación en las autoridades que empiezan a tomar medidas dirigidas a la salud y al saneamiento. También se observan intervenciones de la Iglesia Católica de apoyo humano tratando de llevar consuelo en la enfermedad y la pobreza con medidas asistenciales. En este período, el concepto “mágico” de la medicina fue evolucionando poco a poco hacia lo empírico, dándose los primeros acercamientos a la medicina científica.⁵

2.3. La República

La época republicana se inició con la independencia en setiembre de 1821. La economía de subsistencia se desarrolla hacia un sistema más fuerte que empieza a crecer con el comercio y la producción.

Siguen siendo las autoridades gubernamentales y eclesiásticas quienes desarrollaron acciones orientadas a incrementar la salud pública. Podemos mencionar que de esa época datan las Juntas de Caridad y Protección Social y los hospitales de caridad, de los cuales se construyeron diez. También, empezó a perfilarse la institución del “Médico de Pueblo”.

En cuanto a la salubridad, por mucho tiempo coexistieron los aspectos tradicionales con los nuevos avances de la medicina occidental.

En la denominación convencional, de aspectos mágico, empírico y científico, este último fue el que impulsaron los gobiernos y, por tanto, ganó terreno cada vez mayor.

Puede decirse que el acto médico fue en la mayoría de los casos de carácter privado, pero con la aparición de las Juntas de Caridad y Protección Social, los Hospitales de Caridad y el Médico de Pueblo, hubo medicina gratuita para la población que carecía de recursos para contratar los servicios de los profesionales.⁶

Costa Rica ingresó y se mantuvo en el mercado mundial con el cultivo del café y posteriormente surgió el enclave bananero. Esto tuvo un impacto importante en el tema de seguridad social, ya que esa población se vio afectada con distintas epidemias, enfermedades y accidentes de trabajo en los que no había medidas de seguridad ni protección por parte de los empleadores.

Efectivamente, a principios del año 1840 se inicia un visionario proyecto que consistía en construir el camino a Matina para facilitar el comercio internacional (proyecto que se terminaría 130 años después), pero rápidamente surgieron una serie de problemas derivados de las malas condiciones ambientales que afectaron a los trabajadores. El gobierno de Braulio Carrillo

4 Miranda Gutiérrez Guido. *Desarrollo Histórico de la Caja Costarricense de Seguro Social. En Gaceta Médica de Costa Rica. Suplemento No.2, 2006, p. 1.*

5 Quirós Coronado Roberto, *op. cit.*, p.22.

6 Quirós Coronado Roberto, *op. cit.*, p.23.

ideó un “sistema de atención médica” para cubrir riesgos laborales de los trabajadores, mediante un esquema de financiamiento compartido que bien hoy denominaríamos “un seguro de prepago de riesgos laborales”. Algo novedoso para la época. Las primeras disposiciones fueron las compras de medicinas para atender a los enfermos, también se estableció que la atención de los empleados enfermos se haría en una cofradía a cargo de los hermanos del Carmen. Se observaba un tema de asistencia pública con un componente de caridad. Aunque muy rústico, este es un antecedente al seguro de riesgos del trabajo.⁷

El tema de seguridad social siguió siendo un tema que se debatía en el ámbito internacional y nacional. Poco a poco se empezó a crear conciencia sobre el tema con grandes debates: de un lado estaban los sectores de la oligarquía que se negaban a aceptar cambios que los afectaran económicamente y, por otro lado los grupos de trabajadores abogaban por temas de seguridad social.

Al mismo tiempo, surgieron pensamientos políticos nuevos, inspirados en la reconocida encíclica **Rerum Novarum**, promulgada por el Papa León XIII en 1891. Este documento tiene una importancia trascendental porque por primera vez se regulaban de manera clara las bases para las relaciones laborales entre patronos y trabajadores católicos con base en los principios de justicia social cristiana y desde una perspectiva diferente a la que hasta el momento existía. Esta encíclica sería posteriormente actualizada 40 años después con la segunda encíclica

sobre el mismo tema, llamada **Quadragésimo Anno**.⁸

Este pensamiento de la Iglesia Católica tuvo una influencia trascendental pues su contenido fue analizado en muchos sectores, algunos de los cuales tenían influencia en el mundo político. Para 1907 se propuso un proyecto que contenía legislación sobre accidentes de trabajo en que las indemnizaciones eran a cargo del jefe o dueño del establecimiento.

En 1913 nuevamente se plantearon estas demandas sin ningún resultado positivo. Ya en 1913 se formó la Confederación General de Trabajadores, y para 1915 existían numerosas organizaciones laborales.

En 1914 y 1915, se registraron el tercero y el cuarto intentos por lograr esa legislación. Todos fracasaron en el Congreso. Es claro que en aquel contexto la legislación social no era conveniente en términos económicos para los patronos, mientras que para la clase obrera, era políticamente imposible de alcanzar.

Un cambio importante se dio con la llegada del sacerdote Jorge Volio, procedente de la Universidad de Lovaina, quien bajo la influencia de la Rerum Novarum, predicaba sus sermones en la Iglesia a favor de los trabajadores. Posteriormente decide dejar el sacerdocio y entra a la política nacional a fundar el Partido Reformista. Participa en las elecciones de 1924 y mediante una negociación política pacta con el presidente Jiménez la creación de una institución que

7 Zamora Zamora Carlos Alberto. *El Primer Seguro Social de Costa Rica*. Viales Ronny y Marín Juan José, *Historia de la Ciencia y de la Salud Pública*. IX Congreso Centroamericano de Historia. Universidad de Costa Rica, 2008, p. 313-316.

8 Miranda Gutiérrez Guido, *op. cit.*, p. 3.

se ocupe de los riesgos profesionales y los accidentes de trabajo. Aprovechando el descontento que existía en esa materia, en 1925 se promulga la primera ley de Seguro Social en Costa Rica llamada “*Proyecto de ley de reparación por accidentes de trabajo*”, que constituye, el Banco de Seguros como un monopolio estatal de seguros comerciales.⁹

Como se observa, el primer seguro social que apareció fue el seguro de accidentes de trabajo y el establecimiento del seguro de salud tardaría 16 años más cuando, en 1941, se creó la Caja Costarricense de Seguro Social.

Prosiguiendo con nuestro recuento histórico tenemos que para las elecciones de 1928 el candidato a presidente Cleto González le solicita a un experto la preparación de un proyecto que aborde el tema. La propuesta que se presenta se basa en una contribución tripartita de los trabajadores, patronos y el Estado, a pesar de que esta fue aprobada en el Congreso, la misma no fue ejecutada debido a la crisis mundial.¹⁰

La crisis de los años siguientes obligó al Estado a dictar medidas intervencionistas y de gran interés se observan las siguientes: Ley de creación de las comisiones de salarios mínimos en cada cantón, creada en 1934. En 1935 se estableció el salario mínimo para el trabajador agrícola. En 1936 se creó el Consejo Nacional de Salubridad, Beneficencia Pública y Promoción social y en 1930 se construyó un hospital.¹¹

En el campo político se detalla en 1932 la fundación del Partido Comunista bajo la dirección de Manuel Mora. En su Programa Mínimo de Acción anuncia la lucha por la “fundación de los seguros sociales para la protección de los obreros y campesinos y sus familias”. Por primera vez este objetivo figura como meta de un partido político nacional.¹²

Al inicio de la administración del Presidente León Cortés, electo por el Partido Republicano Nacional, es electo el primer diputado del Partido comunista Lic. Manuel Mora; también es electo diputado el Dr. Rafael Calderón Guardia, hijo del Dr. Calderón Muñoz y ambos graduados de la Universidad de Lovaina, en Bélgica. Éste último pronto se perfila como el candidato de mayor aceptación de la oligarquía económica nacional para la elección de Febrero de 1940. Adicionalmente, el padre Víctor Sanabria es electo Obispo de Alajuela con apoyo claro del Presidente Cortés y dos años después, al fallecer el arzobispo de San José Rafael Otón Castro, de nuevo el presidente Cortés reitera su respaldo para que el padre Sanabria sea nombrado Jefe de la Iglesia nacional, en su carácter de Arzobispo de San José. Y para completar el ciclo, doña Julia Fernández, esposa del Presidente, le presenta a su marido el proyecto para construir “La Casa de la Madre y el Niño”, financiado con el presupuesto nacional. El arquitecto Salazar, del Ministerio de Obras Públicas hace los planos y en 1938 se inicia la construcción “en el terreno colindante con los tanques del primer acueducto metropolitano”, edificio de

9 Miranda Gutiérrez Guido, op. cit, p.4 y Roberto Quirós Coronado, op. cit, p.24.

10 *Ibidem*, p. 26.

11 Quirós Coronado Roberto, op. cit., p.26.

12 Cabezas Solera Edgar. *Antecedentes Históricos de la Seguridad Social, La Seguridad Social en Costa Rica: Problemas y Perspectivas*. 1994, p.15.

dos plantas destinado al cuidado de los niños y alojamiento conjunto con sus madres en las noches. El país vivía una intensa actividad ideológica, tanto por actores externos como internos. El proceso democratizador y socializante estaba en pleno apogeo y nuestra intelectualidad ve nacer El Centro para el Estudio de los Problemas Nacionales, constituido especialmente por estudiantes de leyes encabezados por Rodrigo Facio, que se dedican a analizar la realidad nacional y que jugarán un papel muy destacado.¹³

En 1940 inicia su gestión el Presidente Calderón Guardia y toma la decisión de elaborar un Proyecto de Código de Trabajo y la inclusión constitucional de las Garantías sociales. Posteriormente toma la decisión de establecer el Seguro Social, para lo cual encarga la elaboración del proyecto de ley al Lic. Padilla Castro. Sin embargo, ese proyecto tropieza con una gran oposición debido a la difícil situación generada por la Guerra en Europa. El Presidente Calderón fue lo suficientemente hábil para mantener el proyecto, aún con los cambios que se le introdujeron, porque cuando se aprueba la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en Noviembre de 1941, la autonomía ha desaparecido para transformarse en una dependencia del Poder Ejecutivo, cuyos fondos serían manejados por una Comisión formada por el Gerente del Banco de Seguros, el Gerente del Banco Nacional y un representante de la Casa Presidencial.¹⁴

Interesa destacar que "Costa Rica, como parte del conjunto de países del hemisferio,

fue el número 10 en contar con una ley de seguro de riesgos del trabajo y el número 11 en contar con una ley de seguro de salud."¹⁵

Años después, en 1943, la Junta Directiva de la institución envía un nuevo proyecto de Ley al Congreso y con esta reforma la Institución recuperó, las modificaciones a la Ley original del 41, como fue la autonomía perdida y su propia administración, incluso la financiera.

3. Establecimiento del Sistema de Seguro Social y de la Caja Costarricense del seguro social

Con la promulgación de la Ley de creación de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) se instaura un sistema de solidaridad tripartito, en el cual participan el trabajador, el empleador y el Estado. Sus objetivos iniciales fueron desarrollar poco a poco el seguro de Enfermedad y Maternidad, así como el de Invalidez, Vejez y Muerte.

Esto generó muchísimas discusiones a nivel nacional sobre temas como la cobertura, extensión, regulaciones, organización de los servicios e infraestructura.

Poco a poco se fueron estableciendo los lineamientos del disfrute. Así, los primeros en recibir el beneficio fueron los cotizantes de las cabeceras de provincia de San José, Alajuela, Cartago y Heredia, extendiéndose la cobertura a trabajadores asalariados e independientes tanto del sector público

¹³ Miranda Gutiérrez Guido, *Op. cit.*, p.7.

¹⁴ *Ibidem*, p. 8.

¹⁵ Zamora Zamora Carlos Alberto; "El Primer Seguro Social de Costa Rica". Viales Ronny y Marín Juan José, *Historia de la Ciencia y de la Salud Pública. IX Congreso Centroamericano de Historia. Universidad de Costa Rica, 2008, p. 313 a 316.*

como el privado con ingresos de hasta tres mil colones.¹⁶

Para el año 1945, la Caja Costarricense de Seguro Social tomó un proyecto que se había iniciado en el gobierno del Lic. León Cortés hospicio denominado “Casa de la Madre y el Niño” y lo transformó en el principal hospital general del Seguro Social con el nombre de Policlínico, luego llamado Hospital Central y posteriormente se le llamó Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia.¹⁷

Lentamente se van venciendo obstáculos y asentando las bases fundamentales del Seguro Social y de la Caja Costarricense de Seguro Social. Se construyen clínicas y hospitales a lo largo y ancho del país. Destaca el hecho que en el año 1946 el Seguro Obligatorio de Enfermedad y Maternidad cubría a casi 50.000 trabajadores, siendo el tope salarial de cotización de 400 colones. Nótese que a este momento todavía no se había podido romper ese tope. Por su parte, el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte se inicia en 1947 para servidores del Estado e instituciones públicas y municipalidades. En julio de ese mismo año se incorporan los trabajadores administrativos de la empresa privada.¹⁸

Los años cincuenta y sesenta se caracterizan por la realización de dos acciones prioritarias:

la extensión del Seguro de Enfermedad y Maternidad y la ruptura del tope salarial, pues era importante alcanzar a todos los trabajadores independientemente del salario que percibían. El seguro de Enfermedad y Maternidad se extiende especialmente hacia los asalariados.

En 1956 se inicia un proceso novedoso que consistió en la cobertura familiar para la esposa o compañera, hijos menores y padres dependientes del asegurado directo tanto en el ámbito rural como urbano.¹⁹

En 1960, el Seguro de Invalidez Vejez y Muerte amplió su cobertura a los empleados del comercio, escuelas de enseñanza particular, consultorios profesionales y trabajadores municipales pagados por planillas de jornales. En 1962, se amplió a los trabajadores manuales ocasionales (construcción), a los pagados por planillas de jornales en obras públicas, ferrocarriles. En 1971, se incluyen a todos los obreros del país.²⁰ La universalización avanza con fuerza.

Como se observa, se fueron dando modificaciones fundamentales en el desarrollo institucional y el concepto del Seguro Social, evolucionando de la protección de un sector de la población hacia el concepto más amplio de la Seguridad Social en la que se protege a toda la población costarricense.

16 Asís B. Luis y Piedra G. Marielos, “El Reto de la Cobertura”. *La Seguridad Social en Costa Rica: Problemas y Perspectivas*, 1994, p. 37.

17 González Pacheco Carlos Eduardo, *Bosquejo Histórico de la Caja Costarricense de Seguro Social, La Seguridad Social Costarricense y la Organización Sanitaria en Costa Rica*. Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica (Consulta: 28 de marzo de 2014). Disponible en http://www.ccss.sa.cr/museo_virtual/historia.html, p. 5.

18 Área Comunicación Digital, *Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.)*, (Consulta: 27 de marzo de 2014). Disponible en <http://www.ccss.sa.cr>

19 Asís B. Luis y Piedra Marielos, *op. cit.*, p.38.

20 Área Comunicación Digital, *Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.)*, (Consulta: 27 de marzo de 2014). Disponible en <http://www.ccss.sa.cr>

La ruptura del tope salarial fue otro tema que se discutió durante años pues, el primer tope de salarios era de 300 colones, posteriormente se fijó un tope de 400 colones, hasta que en 1959 el tope es fijado en 1.000 colones, con lo que quedaron atrás años de dificultad para conseguir mayores ingresos económicos, necesarios para la extensión de los programas de salud y pensiones.²¹

En los períodos de 1950 y 1960 se suscitaron acciones de mucha importancia para el desarrollo de la Institución, entre ellas, las siguientes: Se impulsó la formación médica en áreas especializadas, en 1966 la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica declara cátedras paralelas entre el Hospital San Juan de Dios y el Hospital Central. Se inaugura en 1969 el Hospital México, primer hospital nacional general construido y planeado por la Caja Costarricense de Seguro Social. Se inauguran las primeras clínicas metropolitanas: Dr. Ricardo Moreno Cañas, Dr. Ricardo Jiménez Núñez y Dr. Clorito Picado Twigh. - En 1956 la protección va a cubrir a los familiares del asegurado, y a partir de 1965 se extiende el Régimen de Enfermedad y Maternidad a toda la zona rural. El Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte también fue ampliando su nivel de cobertura para diferentes grupos de empleados y trabajadores.²²

Durante los años 60 la extensión de la cobertura avanzaba y surgió la conveniencia de suscribir un contrato con los Hospitales periféricos en virtud de los cuales se compraban servicios de hospitalización, dentro de los cuales la Caja preveía la

visita del médico y los medicamentos. Este procedimiento fue muy útil, sin embargo rápidamente se detectó que el mismo permitía dos atenciones médicas de diferente calidad hacia una misma dolencia: por un lado la de los asegurados y por el otro la de los no asegurados.²³

Fue surgiendo la idea de la universalidad de las prestaciones hospitalarias, ante esto, un abogado llamado Enrique Obregón, presentó al Congreso una modificación al artículo 3 de la Constitución Política agregando el siguiente párrafo: **“La Caja Costarricense de Seguro Social deberá realizar la universalización de los diversos seguros puestos a su cargo incluyendo la protección familiar en el régimen de enfermedad y maternidad en un plazo no mayor de diez años, a partir de la promulgación de esta reforma constitucional”**

Esta modificación fue de un inmenso significado pues a partir de allí existía un mandato constitucional de extender el Régimen de Enfermedad y Maternidad a toda la población en un plazo de 10 años. Para que esto fuera posible había que darle contenido económico, de allí la modificación al artículo 177 de la Constitución Política en el que se señalaba que:

“para lograr la universalización de los seguros sociales y garantizar cumplidamente el pago de la contribución del Estado como tal y como patrono, se crearán a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social rentas suficientes y calculadas en tal forma que cubran las necesidades

²¹ González Pacheco Carlos Eduardo, *Op. cit.*, p.7

²² *Ibidem*, p.9

²³ Miranda Gutiérrez Guido, *op. cit.*, p.13.

*actuales y futuras de la Institución. Si se produjere un déficit por insuficiencia en las rentas, el Estado lo asumirá, para lo cual el Poder ejecutivo deberá incluir en su próximo proyecto de presupuesto la partida respectiva que le determine como necesaria la citada Institución para cubrir la totalidad de las cuotas del Estado”.*²⁴

Con la universalización de los seguros, que tenía que hacerse realidad en los años de 1970, ya la Caja Costarricense de Seguro Social protegería a asegurados, familiares, trabajadores independientes, asegurados por el Estado e indigentes.

4. Universalización de seguros e integración del sector salud

La universalización de los seguros fue el increíble resultado de la participación de varias personas de distinto pensamiento político en diferentes momentos, y que indudablemente impactaron a todo el país y sus habitantes. El proceso inició con la norma constitucional citada, pues se imponía al Estado la obligación de universalizar el seguro en un plazo determinado. Dicha disposición fue emitida en la administración del Lic. Mario Echandi Jiménez, y se hizo realidad en los posteriores gobiernos de don José Figueres Ferrer y el Lic. Daniel Oduber Quirós en los años setenta cuando queda establecida la universalización y la integración del sistema hospitalario nacional.

Desde los años cincuenta la integración y coordinación del sistema hospitalario ya era una inquietud y planteamiento de diversas personalidades quienes señalaban la importancia porque todos los hospitales y centros asistenciales dependieran de una sola institución o coordinación.

La necesidad era evidente por los limitados recursos del país, pero también porque había una duplicidad que era indispensable eliminar ya que las diferentes instituciones relacionadas con la salud trabajaban de manera independiente y limitadas económicamente, podemos mencionar los hospitales de las compañías bananeras, los hospitales de las Juntas de Protección Social disgregadas por el país y dispensarios y clínicas del Ministerio de Salubridad Pública. Otros factores eran que no existía una política clara y articulada en la materia y además, había muchas personas que no tenían ningún tipo de protección.

Al inicio de los años setenta se hace un análisis del sistema de salud y surge el “*Primer Plan Nacional de Salud 1971-1974*”, mediante el cual se empieza a organizar el Sector Salud de manera estructurada y se fortalece la implementación efectiva de la universalización del Seguro Social.²⁵

Efectivamente, primero se emite la Ley 4750 de 1971 que reforma a la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, y regula la universalización por etapas, lo cual ayudó a establecer los objetivos y el orden del proceso.

²⁴ Asís B. Luis y Piedra Marielos, *op. cit.*, p.38.

²⁵ Asís B. Luis y Piedra Marielos, *op. cit.*, p.38.

Entre las etapas se distingue la que tuvo por objeto extender el Régimen de Enfermedad y Maternidad a la gran mayoría de trabajadores, además de que se fija la ruptura de los topes salariales, fue una extensión vertical. Una etapa subsiguiente es la de extensión horizontal para dar cobertura de servicios a todas las áreas del territorio nacional.

El objetivo principal era incluir y proteger bajo el Régimen de Enfermedad y Maternidad a toda la población económicamente activa y sus dependientes, incluyendo a los trabajadores independientes, asegurados por el Estado e indigentes y coadyuvar en la atención de otros riesgos básicos.²⁶

La promulgación de la Ley 5349 de setiembre de 1973 tuvo también un gran impacto al autorizar el traspaso a la Caja Costarricense de Seguro Social de los establecimientos médicos y de asistencia que dependían de otras instituciones, tales como de las Juntas de Protección Social y Compañías Bananeras. Así las instituciones se fueron trasladando y organizando bajo la cobertura de la CCSS, a la que al mismo tiempo se le daban más recursos materiales y humanos.²⁷

Todo este proceso fue complementado con distintas leyes que fueron promulgadas y que facilitaron el proceso, entre ellas: la Ley General de Salud N° 5395 de octubre de 1973, que declara la salud como un bien de interés público bajo la tutela del Estado. La Ley Orgánica del Ministerio de Salud N° 5412 de noviembre de 1973. Esto da como resultado la coordinación entre el Ministerio

de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social que permite la implementación de la regionalización del país a partir del segundo semestre de 1973 en el cual se definen hospitales regionales y sus respectivos planes. Destaca también la Ley 5662 de diciembre de 1974 de Asignaciones Familiares, en la que se establece el Régimen No Contributivo de Pensiones, posteriormente complementado con dinero proveniente de la Ley de Protección al Trabajador y que es administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social.

Adicionalmente, La Caja Costarricense de Seguro Social realiza cuantiosas inversiones en clínicas e infraestructura hospitalaria para cumplir con la universalización en todo el país.²⁸

En los años ochenta se continúa con la universalización así como el proceso de la integración de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud mediante una *política nacional de salud*. En apoyo a esta visión se promulgan una serie de decretos y reformas que permiten llevar a cabo este proceso.²⁹

En relación con lo comentado, un primer Decreto Ejecutivo, el No 13989 del mes noviembre 1981, crea una Comisión Interinstitucional entre la Caja y el Ministerio en función de articular más ampliamente los objetivos y propósitos entre ambos entes. “Esta articulación se profundiza con el No 14313 de 1983, por el cual también van a coadyuvar dentro del Sector Salud el Ministerio de

²⁶ González Pacheco Carlos Eduardo, *op. cit.*, p.11.

²⁷ *Ibidem*, p.13.

²⁸ González Pacheco Carlos Eduardo, *op. cit.*, p.13. Miranda Gutiérrez Guido, *op. cit.*, p.15.

²⁹ Asis B. Luis y Piedra Marielos, *op. cit.*, p.38.

Planificación, el Ministerio de la Presidencia, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, el Instituto Nacional de Seguros y la Universidad de Costa Rica.”³⁰

Muchos aspectos se regularon entre la Caja Costarricense del Seguro Social y el Ministerio de Salud, entre los más importantes tenemos la definición de Rectoría a cargo del Ministerio de Salud, y configuración de distintos niveles de atención por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social. Entre esos niveles de atención podemos citar la atención primaria (infraestructuras básicas y EBAIS), segundo nivel conformado por clínicas, luego los hospitales periféricos y regionales y lo correspondiente los hospitales nacionales.

Es de resaltar, a su vez, el hecho de que ya en estos años ochenta la Caja se plantea la necesidad de introducir nuevos modelos de atención más individualizada y así surgen capitación, el cooperativo y el comunitario, el médico de empresa y de medicina mixta.³¹

5. Situación actual y objetivos hacia el futuro

Con la idea de adaptarse a las continuas necesidades de la sociedad, en el último decenio del siglo XX la institución dirige sus esfuerzos a tres ideas: los Compromisos de Gestión, los Planes Anuales Operativos y las Juntas de Salud.

Los Compromisos de Gestión han sido una propuesta concreta cuyo objetivo es seguir manteniendo índices satisfactorios

en salud, con los indicadores de eficiencia y productividad para garantizar una mejor utilización y aprovechamiento de los recursos. Con el instrumento de Compromiso de Gestión lo que se pretende es mejorar la equidad en la distribución de los recursos entre las regiones de salud, los hospitales y demás dependencias asistenciales, así como la introducción de elementos gerenciales en el servicio para una mayor calidad en la prestación que requiere el ciudadano.

“Los Compromisos de Gestión se conforman en dos partes: por un lado, las autoridades superiores del nivel central de la Caja funcionan en calidad de financiador-comprador; y por el otro, los hospitales y centros asistenciales funcionan en calidad de proveedores. Así, de esta forma, al financiador-comprador le compete otorgar los recursos convenientes, la definición de los servicios a comprar, la planificación y los instrumentos de control de objetivos. Al ente proveedor le compete las actividades por realizar, verificar los niveles de calidad y brindar los servicios con la mayor eficacia y eficiencia con los recursos dispuestos.”³²

Por su parte, en los Planes Anuales Operativos se establecen claramente metas y objetivos específicos íntimamente ligados a las actividades y a sus recursos. Es un instrumento útil que permite de manera práctica maximizar los recursos de la institución de una manera coherente y ordenada dirigida hacia objetivos concretos.

Las Juntas de Salud se crean conforme la ley # 7852 de 1998 llamada “De Desconcentración

³⁰ González Pacheco Carlos Eduardo, *Op. cit.*, p.14.

³¹ *Ibidem*, p.15.

³² González Pacheco Carlos Eduardo, *op. cit.*, p.16 y 17.

de los Hospitales y Clínicas de la Caja” y cuyo objetivo es contribuir en el fomento y la mejoría de la atención integral en salud que requieren los habitantes de la República. Actúan como auxiliares de los centros asistenciales y representan la participación de la sociedad civil en el sistema de salud, por lo que su contribución en la identificación de problemas, necesidades y propuestas llena una necesidad democrática y cívico-social.³³

No podemos dejar de mencionar que el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, iniciado en 1947, continuó su proceso durante este tiempo y se fue adaptando a diferentes situaciones y fue revisado y modificado para garantizar su sostenibilidad con el paso de los años y en diferentes circunstancias. En este sentido, hubo una reforma de gran trascendencia en el año 2000, nos referimos a la Ley N° 7983 Ley de Protección al Trabajador mediante la cual se acordó la que la CCSS recaudaría las cuotas patronales relacionadas con los fondos de pensión y capitalización laboral y lo trasladaría a las diferentes operadoras de pensiones definidas por cada trabajador.³⁴

Es importante destacar como después del establecimiento del Seguro Social se ha alcanzado el nivel de cobertura que existe en la actualidad. Los servicios de salud están a disposición de la totalidad de la población nacional, con un 100% de población beneficiaria, pues de acuerdo con la legislación citada, se deben otorgar las

prestaciones de salud a toda la población, cualquiera que sea su condición económica y social. En relación con este aspecto destaca el hecho de que en la actualidad tenemos un gran grupo de inmigrantes que viven en nuestro país y también ellos disfrutan de los beneficios que ofrece el Seguro Social.

A esta fecha, la cobertura de población asegurada es cercana al 85%, o sea, la proporción de la población compuesta por los asegurados directos cotizantes, los pensionados, los familiares dependientes de asegurados directos y los asegurados por cuenta del Estado.³⁵

En los últimos cinco años la universalización se ha extendido a grupos de población de trabajadores independientes que, tienen capacidad de pago pero que no cotizan para el sistema, según se estipula legalmente.

Actualmente la población en Costa Rica es de 4,717,681 millones de costarricenses, y podemos afirmar que esa es la población beneficiaria a recibir los servicios de salud ya que la C.C.S.S. debe de prestar servicios a toda la población. “De ese total, el 85,5% de la población está cubierta por alguna de las diversas formas de aseguramiento de la Caja Costarricense de Seguro Social. Quienes cotizan tanto en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte o en el Régimen de Enfermedad y Maternidad (o en ambos), representa el 38,3% de la población, esto permite a su vez extender la cobertura del seguro de salud al 39,4% de la población

³³ González Pacheco Carlos Eduardo, *op. cit.*, p. 18.

³⁴ Área Comunicación Digital, Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.), (Consulta: 27 de marzo de 2014). Disponible en <http://www.ccss.sa.cr>

³⁵ Asís B. Luis y Piedra Marielos, *op. cit.*, p. 40.

por medio del aseguramiento de familiares; mientras que el 7.8% de la población está cubierta por regímenes no contributivos.”³⁶

Otro dato interesante es que del total de población asegurada, el 38.3% son asegurados directos, incluidas personas con seguro de asalariado, mediante convenio, por cuenta propia o de manera voluntaria, además de los pensionados. El 39.4% son familiares de asegurados directos, incluye a las personas familiares de los asegurados directos contribuyente y, finalmente, el 7.8% son asegurados no contribuyentes, incluye asegurado por el Estado, pensionados y otras formas. El restante 14.5% no asegurado, incluye condición de aseguramiento ignorado)³⁷.

Adicionalmente, destacamos que las 676,847 personas no aseguradas igualmente tienen derecho a disfrutar de los servicios de atención médica pagando el costo de la atención recibida, en las mismas condiciones que un asegurado, de tal manera que la totalidad de la población está cubierta por la seguridad social.

Desde el punto de vista social, los datos son muy buenos ya que apenas un 14.5% de la población nacional no está cubierta por el Seguro Social. Sin embargo, desde la perspectiva legal, todo trabajador debe estar adscrito como contribuyente al sistema y sus familiares como derechohabientes. Por estas

razones, la Caja Costarricense de Seguro Social está tomando medidas para que las personas que no pertenecen a alguno de los regímenes, lo hagan.

Para cumplir con esos objetivos y para adaptarse a las cambiantes necesidades de la sociedad, para el siglo XXI las autoridades han tratado de darle un nuevo rumbo a la Caja Costarricense de Seguro Social visualizándola con imagen corporativa y gerencial.

Desde la perspectiva corporativa, la Institución es una organización con líneas de servicios diferentes que se prestan en áreas funcionales desconcentradas a lo largo del país. Desde el punto de vista gerencial, la Caja Costarricense de Seguro Social trabaja aspectos como la eficiencia, la calidad del servicio, la educación en salud, la atención, el equilibrio financiero, salud ocupacional, etc.³⁸

Hacia el futuro, la institución ha elaborado un programa de planificación estratégica para dirigir los esfuerzos institucionales hasta los primeros 25 años del siglo XXI. Este plan contempla las modificaciones económicas, demográficas, sociales y epidemiológicas que tendrá Costa Rica a mediano y largo plazo, y el rol fundamental que deberá tener la Caja Costarricense de Seguro Social dentro del sistema de salud y de protección social para los habitantes de la República.³⁹

36 Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), *Encuesta Nacional de Hogares, 2013*. (Consulta: 31 de marzo de 2014). Disponible en <http://www.inec.go.cr>

37 *Ibidem*

38 González Pacheco Carlos Eduardo, *op. cit.*, p.19 y 20.

39 *Ibidem* p.20.

6. Conclusiones

De este análisis se puede concluir que ha habido grandes avances en el tema. Al igual que otros países el tema de la seguridad social inició con una atención esporádica y con carácter de beneficencia, de tal manera que surgieron en el país algunos centros asistenciales.

Posteriormente, ante la influencia de varias corrientes europeas en materia de seguridad social así como la de las encíclicas papales *Rerum Novarum* y *Quadragésimo Anno*, se inició una discusión en el país sobre la conveniencia o no de regular esta materia y el resultado de la misma fue el nacimiento del Seguro Social, sistema solidario creado sobre una base de participación tripartita: Estado, empleador y trabajador, en la cual todos contribuyen para que el funcionamiento del sistema sea una realidad.

El Seguro Social empezó con un régimen tradicional que daba cobertura a los asalariados, posteriormente extendió a sus familiares y dependientes, protegiendo así a un mayor número de personas, pero siempre con un tope máximo de cotización.

Sin embargo, rápidamente se evidenció que esta concepción del seguro social no era suficiente pues dejaba al descubierto a gran cantidad de personas, de tal manera que poco a poco se crea conciencia que esto no es suficiente y que es necesario extenderlo a otros sectores de la población.

En esta empresa participaron distintos sectores de nuestra sociedad y de diferentes posiciones políticas que convergieron en la necesidad de direccionar el seguro social

hacia la seguridad social, abarcando así a la mayoría de la población costarricense.

Es evidente que hubo un consenso político que permitió crear una estructura legal a través la Constitución Política, diversas leyes, reglamentos y convenios que establecieron objetivos y prioridades que le dieron al régimen las características de hoy en día.

La creación de la Caja Costarricense del Seguro Social mediante su Ley constitutiva es fundamental pues la dotó de la base jurídica fundamental para cumplir con sus propósitos. Por disposición normativa y voluntad política, esta institución se orientó decididamente hacia la Seguridad Social al luchar por la universalización de los seguros llevando a que los seguros iniciales tuvieran una amplitud de cobertura.

También destaca la importante lucha por integrar y coordinar el Sector Salud, de tal manera que hubiera un máximo aprovechamiento de los recursos humanos y materiales y no hubiera duplicidad de funciones.

Esto ha permitido que otras instituciones estatales participen coordinadamente y esto ha incidido en el mejoramiento de las condiciones de vida de los costarricenses tales como vivienda, agua, electricidad, etc.

El avance ha sido notorio al punto que el 85,5% de la población total actual está cubierta por alguna de las diversas formas de aseguramiento de la Caja Costarricense de Seguro Social. El 38.3% son asegurados directos, el 39.4% son familiares de asegurados directos, incluye a las personas familiares de los asegurados directos

contribuyente y, finalmente, el 7.8 pertenecen al régimen contributivo, solamente hay un 14.5% sin cobertura del seguro, pero que sí tienen acceso a los servicios médicos pagando su costo.

Aunque ha habido un gran avance en el tema de la universalización del seguro social, considero que aún quedan muchas cosas que hacer especialmente en el tema de la calidad del servicio que se brinda, pero ese es tema de otra investigación.

7. Bibliografía

Asis B. Luis y Piedra G. Marielos. "El Reto de la Cobertura". *La Seguridad Social en Costa Rica: Problemas y Perpectivas*, 1994, p.37.

Área Comunicación Digital, Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.), (Consulta: 27 de marzo de 2014). Disponible en <http://www.ccss.sa.cr>

Cabezas Solera Edgar. *Antecedentes Históricos de la Seguridad Social*. En la Seguridad Social en Costa Rica: Problemas y Perspectivas, 1994, p.15.

González Pacheco Carlos Eduardo. *Bosquejo Histórico de la Caja Costarricense de Seguro Social, La Seguridad Social Costarricense y la Organización Sanitaria en Costa Rica*. Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica (Consulta: 28 de marzo de 2014). Disponible en http://www.ccss.sa.cr/museo_virtual/historia.html

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), *Encuesta Nacional de Hogares*, 2013.(Consulta: 31 de marzo de 2014). Disponible en <http://www.inec.go.cr>

Miranda Gutiérrez Guido. *Desarrollo Histórico de la Caja Costarricense de Seguro Social*, Gaceta Médica de Costa Rica. Suplemento No. 2, Año 2006.

Quirós Coronado Roberto. *Antecedentes Sociales y Jurídicos de la Seguridad Social en Costa Rica*", Revista Jurídica de la Seguridad Social No.2, Costa Rica, Julio 1992.

Zamora Zamora Carlos Alberto. "El Primer Seguro Social de Costa Rica". Viales Ronny y Marín Juan José, *Historia de la Ciencia y de la Salud Pública*. IX Congreso Centroamericano de Historia. Universidad de Costa Rica, 2008, p. 313-316.