

# Anuario de Estudios Centroamericanos

Revista académica de acceso abierto,  
editada en la Facultad de Ciencias Sociales  
de la Universidad de Costa Rica

Volumen 48, 2022  
e-ISSN: 2215-4175

Artículos [Sección arbitrada]

---

**“Debemos abrir los puertos a los grupos privados, pero no para que vengan y se lleven todo”: diseño e implementación del cooperativismo médico en Costa Rica (1986-1990)**

*“We Should Open the Doors for Private Groups but Not So They Can Take It All”: The Design and Implementation of Medical Cooperatives in Costa Rica (1986-1990)*

**Erika Revelo**, Escuela de Estudios Generales  
Universidad de Costa Rica, Costa Rica

El *Anuario de Estudios Centroamericanos* (AECA), fundado en 1974, es una revista académica de **acceso abierto**, editada en la **Facultad de Ciencias Sociales** de la **Universidad de Costa Rica**. Es una **publicación continua**, presentada en **formato electrónico**. En la actualidad es una de las pocas publicaciones que se realizan sobre América Central bajo una perspectiva regional. El AECA **cubre temas** que se ocupan del análisis de la realidad histórica y presente de la región centroamericana y de las sociedades que la constituyen.

**Síguenos:**

Facebook: @elanuarioca

Instagram: @aecca\_ucr

**Portal de revistas de la Universidad de Costa Rica:**

<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/anuario/index>

Envíos: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/anuario/about/submissions>

Anuario de Estudios Centroamericanos

Volumen 48, 2022

© Erika Revelo, 2022

**LICENCIA CREATIVE COMMONS**

**Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)**

Algunos derechos reservados

Usted es libre de copiar, distribuir y comunicar públicamente esta obra bajo las siguientes condiciones:

- Debe reconocer los créditos de la obra.
- No puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.
- La obra debe ser utilizada solo con propósitos no comerciales.



**“Debemos abrir los puertos a los grupos privados, pero no para que vengan y se lleven todo”: diseño e implementación del cooperativismo médico en Costa Rica (1986-1990)**

*“We Should Open the Doors for Private Groups but not so they Can Take it All”: The Design and Implementation of Medical Cooperatives in Costa Rica (1986-1990)*

*Erika Revelo*

Escuela de Estudios Generales,  
Universidad de Costa Rica, Costa Rica

Recibido: 10/05/2022

Aceptado: 26/08/2022

## **Acerca de la persona autora**

**Erika Revelo.** Colombiana-costarricense. Cuenta con una Licenciatura y una Maestría en Historia de la Universidad de Costa Rica. Actualmente se desempeña como docente en la Escuela de Estudios Generales de este mismo centro. Sus investigaciones para optar por ambos grados abordan la seguridad social costarricense en la coyuntura de crisis y cambio institucional de la década de 1980.

Contacto: [erika.revelo@ucr.ac.cr](mailto:erika.revelo@ucr.ac.cr)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4411-132X>

## Resumen

Este artículo aborda el diseño e implementación del cooperativismo médico en Costa Rica, entre 1986-1990, a partir de los procesos de toma de decisión. Se concluye que las cooperativas médicas surgieron a partir de las limitantes al crecimiento institucional ordenadas en el marco de contracción al Estado, en conjunción con el auge del concepto de democracia económica, y los vínculos con escenarios internacionales. Se argumenta que a pesar del freno al cambio institucional mediante el modelo cooperativo que radicó en la debilidad de su diseño y resiliencia institucional, el cooperativismo médico marcó el inicio de una trayectoria híbrida en la cual la provisión privada depende en gran medida de la interpretación de inviabilidad institucional de las personas tomadoras de decisión.

Palabras claves: reforma de salud, seguridad social, cooperativismo médico, toma de decisiones, democracia económica.

## Abstract

This paper tackles the design and implementation of the medical cooperative model in Costa Rica between 1986-1990, through the decision-making process. It is argued that these cooperatives were created as a result of the state contraction process that limited institutional expansion, together with the climax of the concept of economic democracy and decision-makers exposure to international ties. In spite of institutional resilience to medical cooperatives, and the weaknesses of their design and implementation stage, this model has set in motion a hybrid social security trajectory, in which the incorporation of private providers mainly depends on decision makers' interpretation of institutional unfeasibility.

Keywords: Health Reform, Social Security, Medical Cooperatives, Decision-making, Economic Democracy.

## Introducción

Las transformaciones institucionales de la seguridad social costarricense de finales de la década de 1980 crearon un sistema híbrido en el cual, a la lógica pública que había dominado la provisión de servicios de atención en salud, se le sumó la oferta privada mediante la compra de servicios. Sin embargo, a diferencia de las reformas implementadas en otros escenarios, la seguridad social costarricense mantuvo el papel protagónico del Estado, lo cual ha contribuido a que la trayectoria institucional siga alimentando un discurso de excepcionalidad que se basa en sus principios de universalidad y destacados índices de salud, financiados con recursos limitados (Martínez y Sánchez-Ancochea, 2019; Noy, 2017; Gawande, 2021).

Si bien constitucionalmente en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) recae la responsabilidad de la administración y el gobierno de los seguros sociales, la coyuntura crítica de 1986-1994, entendida como un período de apertura y materialización del cambio (Volpi y Gerschewski, 2020; Collier y Collier, 1991), facilitó el surgimiento de un cambio institucional caracterizado por la continuidad y gradualidad en su implementación (Streeck y Thelen, 2005), lo cual, a su vez, permitió nuevas resignificaciones e interpretaciones de este mandato constitucional; esto posibilitó el nacimiento de un nuevo actor dentro del sistema de salud: el cooperativismo médico.

Tanto en su período de diseño e implementación, como 35 años después, este modelo sigue generando un debate con posiciones a favor y en contra de su expansión. Para algunos sectores, las cooperativas médicas que venden servicios de atención en salud a la CCSS deberían crecer con más ahínco y administrar más Equipos Básicos de Atención en Salud (Ebáis) (Feinzag, 2022); mientras que, por otra parte, se ha argumentado que el cooperativismo médico ha significado la privatización de la CCSS, lo cual implica desventajas para la institución y el sistema en general (Bermúdez y Umaña, 2013).

A pesar de la importancia que reviste esta discusión, poco se sabe sobre el origen del cooperativismo médico, su desarrollo e impacto sobre el sistema. En este sentido, este artículo, el cual deriva de una investigación más grande en la que se analiza el papel de las juntas directivas del

período 1986-1994, se propone explorar los procesos de toma de decisión en torno al diseño e implementación del cambio institucional que dio origen a este modelo. Los argumentos que apuntan a que esta reforma fue de tipo sectorial, pues no obedeció a las dinámicas propias de la política partidista ni a las directrices de los organismos financieros internacionales (Martínez, 1999), son el punto de partida para profundizar en el nacimiento del modelo cooperativista en la salud costarricense. Para el desarrollo del análisis que aquí se expone, entonces, se han utilizado principalmente las actas de la Junta Directiva de la CCSS (de ahora en adelante junta), memorias institucionales y artículos periodísticos de *La Nación*, además de documentos de las comisiones especiales que analizaron la seguridad social costarricense entre 1982-1990.

Así las cosas, primero se aborda la construcción de dicha política institucional de cambio, a partir del contexto macroeconómico de limitantes al crecimiento presupuestario y de recurso humano del sector público. Se identifica el auge de la descentralización como la solución para hacerle frente a dicho contexto. Seguidamente, se exploran los vínculos internacionales y su relación con el diseño de los modelos de atención en salud basados en una lógica descentralizadora, los cuales antes del cooperativismo médico fueron una apuesta para reestructurar el sistema. De esta forma, se contempla el caso del modelo de capitación, los Sistemas Locales de Salud (Silos) y el modelo de medicina familiar y comunitaria. Luego, se intenta reconstruir el contexto de auge del concepto de democracia económica, el cual rodeó el nacimiento del cooperativismo médico. Finalmente, se estudian las fallas en el diseño e implementación de estos modelos, las cuales se convirtieron en un freno para que el cambio institucional pudiera apostar por ellos.

Se concluye que el cooperativismo médico es muestra de la resignificación que experimentaba el concepto de privatización a finales del siglo XX, de manera que adquiere una pluralidad de significados, entre ellos, el de democracia económica, el cual se plantea en el contexto de contracción del Estado como una forma particular de descentralización para reducir la magnitud del aparato estatal, mediante el posicionamiento discursivo de “lo local” y la comunidad como un nuevo actor. Ante la directriz de reducción de presupuesto y personal, que supuso la

disyuntiva de limitar la oferta de servicios o mantenerla, pero a través de otros proveedores, privó el interés de las autoridades de la CCSS y del gobierno por limitar el impacto del proceso de reestructuración del sector público en las personas trabajadoras de la institución, por lo cual, estos fueron los grupos que inicialmente conformaron el modelo cooperativista.

Los vínculos internacionales y el discurso de excepcionalidad de la seguridad social costarricense también contribuyeron a moldear las decisiones de cambio. Por un lado, los vínculos internacionales ofrecieron un menú de opciones disponibles, las cuales pudieron ser utilizadas como insumo para diseñar los nuevos modelos de atención en salud y, por otro lado, con el fin de preservar el discurso de excepcionalidad, los miembros de la junta optaron por modelos que implicaran la defensa de sus características y principios.

Por último, esta investigación plantea que la debilidad del diseño y planeación de los nuevos modelos de atención en salud fue un factor determinante para limitar su expansión en el período 1990-1994, por ello cuando se profundizó la reforma de salud, a partir de los fondos obtenidos con préstamos de organismos financieros internacionales, el cambio institucional no apostó por el cooperativismo médico. Sin embargo, la incorporación de este actor en el sistema de salud público ha cimentado el camino para el surgimiento de otros proveedores.

El cambio institucional permitió la creación de una grieta de interpretación sobre la viabilidad o inviabilidad institucional para prestar los servicios directamente, la cual recae principalmente sobre las personas tomadoras de decisiones de la CCSS, tanto de la junta directiva como de las gerencias. Como resultado, se argumenta que la trayectoria institucional se ha caracterizado por funcionar bajo una lógica híbrida, en la cual la CCSS sigue predominando en la prestación de servicios; no obstante, este papel protagónico probablemente no se explica por sus cualidades, sino por las debilidades de su competencia.

## **Contracción y descentralización**

Durante la década de 1980, la necesidad de reformar el sistema de seguridad social se había convertido en un imperativo consensuado entre las autoridades de la CCSS, los sindicatos de la institución,

los grupos de profesionales en medicina y la opinión pública. La discusión sobre un cambio institucional a partir de un nuevo modelo de consulta externa se originó principalmente debido a la relación inversa entre el alto crecimiento de la cobertura en contraposición con una lenta expansión de los recursos institucionales, tanto humanos como de equipo e infraestructura; según datos de la CCSS, la cobertura pasó de 15 %, a inicios de la década de 1960, a 74 %, dos décadas después (CCSS, 1979, 1980).

El proceso de universalización sin dotar a la institución de los recursos necesarios experimentó cuestionamientos que se expresaron principalmente en un discurso sobre el deterioro de la calidad de los servicios. El auge de dicho discurso en la opinión pública se sitúa en un contexto global de rechazo a la estandarización de los servicios y productos, lo cual configuró la percepción de calidad a partir de la oferta privada (Streeck, 2012). En este sentido, desde finales de la década de 1970, se empezaron a plantear medidas para contrarrestar el discurso de la calidad, pero también para mejorar la situación laboral de las personas profesionales de la salud, uno de los principales grupos de presión que abogaba por una reforma.

La crisis de 1981-1982 representó el punto de quiebre a partir del cual la necesidad de implementar una reestructuración institucional se convirtió en una prioridad. Sin embargo, posterior a la crisis (1982-1986), los esfuerzos institucionales se concentraron principalmente en estabilizar las finanzas mediante la racionalización del gasto. En el período siguiente, la apertura al cambio se materializó con la llegada a la presidencia del proyecto político de Óscar Arias (1986-1990), quien puso en marcha la contracción del Estado y el diseño de estrategias para emprender dicho camino (Rivera, 1995). Como parte de las reformas macroeconómicas promovidas por la administración Arias, se dictaron directrices para impedir el crecimiento presupuestario de las instituciones del sector público y para reducir su planilla mediante limitantes para la creación de nuevas plazas y la eliminación de las existentes, esto a través de un programa de pago de prestaciones legales para quienes desearan voluntariamente renunciar a sus cargos (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 103, 1986).



En suma, la conjunción entre el reconocimiento de las contradicciones institucionales, que llamaban por una reforma, y el contexto de transformaciones institucionales a nivel país, desembocó en una reestructuración del sistema, es decir, se hicieron presentes tanto condiciones permisivas que aflojaron las condiciones estructurales restrictivas, como condiciones productivas que permitieron las acciones de las personas actantes dentro de los límites del sistema, lo cual originó resultados de cambio (Soifer, 2012).

En un contexto tan permeado por la idea de cambio, la privatización como un recurso del reformismo neoliberal distinguió a las empresas de servicios básicos de las demás. De estos dos grupos, las segundas, englobadas por la Corporación Costarricense de Desarrollo S. A. (Codesa), representaban pérdidas para el Estado y fueron las que se intervinieron con el fin de venderlas (Villasuso, 2000). Por su parte, la CCSS sufrió un camino diferente, pues a pesar de que era objeto de múltiples críticas, se reconocía en todos los sectores que los grandes logros de la sociedad costarricense se debían en gran parte a su modelo de seguridad social, por ello las soluciones se orientaron a buscar mejorar el modelo, pero sin cuestionar la responsabilidad estatal. Según diversas personas autoras, el apoyo de la opinión pública a la institucionalidad de la CCSS es un elemento esencial para comprender por qué no han prosperado propuestas de mayor participación del sector privado en la salud (Herrero y Durán, 2001; Rodríguez y Bustelo, 2008; Jaramillo Antillón, 2005; Martínez y Sánchez-Ancochea, 2019).

De hecho, en el período en estudio no se presentaron propuestas concretas dirigidas a la privatización en su concepción más tradicional, es decir, arraigada a su definición predominante en la década de 1960, la cual implicaba una transferencia al sector privado de todas las partes del proceso de producción de un bien o servicio, mediante la venta de la empresa. Tanto los miembros de la junta como los grupos de profesionales en ciencias médicas rechazaron ese tipo de privatización (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 109, 1989).

Sin embargo, la posibilidad de la compra de servicios, a través de la transferencia a una cooperativa médica de la producción de los servicios de atención en salud, generó una discusión sobre la concepción de privatización, la cual giró en torno a si se estaban privatizando los

servicios de la CCSS mediante dicha vía. Para las juntas directivas (1986-1994) esto no implicaba una privatización, en tanto esta compra de servicios fuera controlada: restringida a servicios concretos, por períodos predeterminados y a partir de circunstancias institucionales particulares que imposibilitaran la prestación del servicio. La posición de la junta con respecto a la compra de servicios a cooperativas médicas, entonces, da cuenta de la resignificación y flexibilidad que experimentó la concepción de privatización a finales del siglo XX.

En reemplazo de la privatización, la descentralización se posicionó como la llave de la reforma, uno de los ejes de la reestructuración del aparato estatal (Rivera, 1995). A pesar de que este concepto recorría con ahínco los pasillos de la administración pública, lo cierto es que resultaba novedoso e incierto para las personas tomadoras de decisión de la CCSS, pues no podían prever los efectos que la compra de servicios pudiera generar en el sistema, una vez puesto en marcha (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 104, 1986). Desde su posición, la compra de servicios era necesaria no porque la oferta privada fuera mejor, sino para alivianar la presión sobre ciertos servicios congestionados ante la demanda infinita de los servicios públicos, particularmente en el contexto de achicamiento del sector público (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 111, 1989).

La interacción de las autoridades de la institución con experiencias internacionales jugó un papel significativo para delimitar las opciones de cambio disponibles en dos sentidos. Constantemente expuestos a ideas internacionales mediante la asistencia a congresos, conferencias, visitas, entre otras actividades organizadas por organismos internacionales de seguridad social, institutos y ministerios, los miembros de la junta decidieron excluir opciones como la introducción de cualquier tipo de copago y reducción de los servicios (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 104, 1986, 108, 1988). Por el contrario, adoptaron la expansión de programas primarios cercanos a las comunidades y reformas administrativas para conocer y controlar los costos de los servicios y los gastos de la institución (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 111, 1989).

Por otra parte, el reconocimiento de la seguridad social costarricense como un sistema paradigmático en los escenarios internacionales

contribuyó a generar una narrativa sobre la seguridad social nacional que se caracterizó por la excepcionalidad de un sistema de logros extraordinarios a partir de pocos recursos. Esta narrativa también delimitó las opciones de cambio; mientras que, para mantener los rasgos del sistema, se debían buscar reformas que no afectaran sus principios. El señalamiento del gerente de operaciones, Carlos Manuel Quesada Solano, define el pensamiento que evidenciaron las autoridades de la CCSS sobre el cambio institucional a partir de la descentralización: “debemos abrir los puertos a los grupos privados, pero no para que vengan y se lleven todo” (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 111, 1989, fl.103-104).

### **La descentralización mediante “lo local”**

Ante la necesidad de poner en marcha nuevos modelos de atención en salud para llevar a cabo una reforma sectorial, las autoridades de la CCSS diseñaron cuatro nuevos proyectos: el modelo de capitación, los Sistemas Locales de Salud, el modelo de medicina familiar y el cooperativismo médico. Todos ellos con una lógica transversal de descentralizar los servicios, al otorgar un papel más importante a la sociedad civil y a las comunidades en las tareas que hasta ese momento había realizado protagónicamente el Estado. De esta manera, se planteaba su reestructuración mediante una sociedad civil más autosuficiente en lo social (Rivera, 1995).

El modelo de capitación era un plan piloto para la nueva Clínica de Barva de Heredia y se inauguraría en enero de 1987. Fue creado en conjunto con dos expertos ingleses, los doctores Brian Abel Smith y Brian Jarman. Estaba basado en el National Health System (NHS) de Inglaterra, el cual consiste en un sistema descentralizado en el que las personas usuarias pueden escoger sus profesionales médicos, a quienes se les paga por la cantidad de personas aseguradas que tienen a su cargo. El plan era extender el proyecto a las clínicas nuevas (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 103, 1986), dividiendo a la población que atenderían esas clínicas en grupos de cinco mil personas, cada grupo contaría con una persona profesional en medicina, una persona auxiliar de enfermería y una persona promotora de salud, la cual generalmente

se entrenaba en menos de un año para hacerse cargo de la promoción de las acciones de salud de la comunidad (La Nación, 4 de mayo de 1986).

La importancia que tanto el modelo de capitación como los otros nuevos modelos de atención en salud le dieron a la descentralización, mediante el posicionamiento político-territorial de las comunidades y “lo local” como una fórmula de cambio para descongestionar el Estado, se circunscribe dentro de una lógica “más macro” que caracterizó al gobierno de Arias, en el cual la descentralización y regionalización se convirtieron en los ejes de su discurso de reestructuración del Estado (Rivera, 1995). Arias señaló en su discurso de toma de posesión que:

Las comunidades por medio de los municipios y asociaciones de desarrollo, habrán de tomar sus propias decisiones. Son ellas quienes mejor conocen sus propios problemas, y sólo si logramos que cada cual asuma su responsabilidad en la tarea de resolver aquello que le concierne, lograremos una sociedad más libre y más próspera (citado por Rivera, 1995).

Los Sistemas Locales de Salud también son ejemplo del posicionamiento de la descentralización como la respuesta para el cambio institucional. Estos consistían en un proyecto articulado entre el Ministerio de Salud y la CCSS, desarrollado lenta y gradualmente entre 1986-1990. El objetivo era mejorar la salud de las poblaciones en las zonas más periféricas del país, por medio de la instalación de centros de atención primaria, operados con el mismo recurso humano que el modelo de capitación. Los Silos tendrían programas de atención materno-infantil, atención integral de la adolescencia, control de enfermedades crónicas y un programa de crecimiento y desarrollo (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 108, 1988).

Por su parte, el modelo de medicina familiar que se estaba consolidando en América Latina, con el impulso de la OPS, también fue desarrollado en el país. Era una rama de la medicina con una visión integral de la salud que incluía la parte preventiva y asistencial, considerando a la familia y a la comunidad como el núcleo básico de atención (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 106, 1988). En este modelo, el cual se iba a implementar en la Clínica de Coronado, también se dividía a la población en unidades más pequeñas, conocidas como sectores de salud,

y se le asignaba la atención de cada sector a una persona profesional en medicina familiar.

En el Centro Nacional de Docencia había un grupo que estaba trabajando en el proyecto de creación del médico familiar, con el objeto de crear esa carrera como una especialidad. La Universidad de McGill de Canadá, una institución líder en medicina familiar y comunitaria, supervisó la puesta en marcha del modelo mediante la firma de un convenio con la CCSS para la formación del recurso humano (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 107, 1988).

El modelo de capitación, los Silos y los Ebáis plantearon una transformación institucional basada en la descentralización, mediante una transferencia del poder central hacia las comunidades. El dominio del gobierno central por sobre los gobiernos locales, característico de la política costarricense a partir de la segunda mitad de la década del siglo XX, fue visto como uno de los males del Estado, por ende, descongestionar la toma de decisiones y el flujo de recursos de la administración central, pasándolo a las periferias y comunidades, se concibió como una fórmula de modernización político institucional y administrativa (Rivera, 1995).

El modelo de medicina familiar y de pago por capitación terminaron siendo inviables. En el primer caso, según las observaciones de Jarman, era difícil que el personal médico se hiciera a la idea de que dentro del modelo eran contratistas independientes, responsables por sus pacientes. Otro problema sería la falta de competencia debido a la escasez de ese recurso humano en el país. Cambiarse de residencia hacia un cantón sin el modelo de capitación iba a generar otro problema, además de que no se sabía el costo real del programa por consulta (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 106, 1987). Finalmente, los mecanismos de pago que habían encontrado las autoridades de la CCSS para establecer relación laboral con el personal médico, que no sería asalariado, sino que vendería sus servicios en forma individual o como grupo, fueron impugnados por la Contraloría General de la República (CGR) (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 112, 1989).

El modelo de medicina familiar también experimentó problemas como resultado de la falta de planificación en su diseño. En mayo de 1990, el comité central de la Clínica de Coronado pidió a la junta evaluar la

posibilidad de que ese centro se convirtiera en una cooperativa, debido a problemas administrativos en el sistema de asignación de plazas que se manifestaban en que los médicos formados en medicina familiar y comunitaria, al ser nuevos en el sistema, no eran elegibles para los concursos de plazas en propiedad; esto ocasionaba que se le otorgaran a médicos antiguos formados en el sistema tradicional, debido al reglamento de concurso. Dicha situación afectaba la esencia del modelo de medicina familiar y comunitario (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 113, 1990).

El componente comunitario y local de estos programas no se logró a cabalidad, pues la mayor parte del poder político y económico siguió imperando desde el nivel central. Al respecto, Rivera señala que, a pesar del impulso de la administración Arias a la descentralización mediante el fortalecimiento de las comunidades y el poder municipal, esta no se pudo llegar a materializar debido al veto de diversos sectores, especialmente el freno en la Asamblea Legislativa, la débil articulación de los poderes locales para reivindicarse como actor político y al hecho de que en el gobierno siguiente, de Calderón Fournier (1990-1994), se desplazara discursivamente la descentralización como eje de la modernización del Estado (Rivera, 1995).

Algunos estudios han señalado que la naturaleza del tipo de impulso descentralizador, es decir, si proviene desde abajo (*bottom-up*) o si es un impulso desde el nivel central (*top-down*), es un factor que afecta el grado de descentralización, pues en el primer escenario se forma una coalición de actores locales con intereses particulares que demandan y fiscalizan una descentralización más integral, posicionando actores locales en una red más amplia que logra conectar lo local con el nivel central (Falleti, 2010; Giraudy y Pribble, 2020). En el caso estudiado, observamos que el planteamiento por hacer de las comunidades un actor más importante en la toma de decisión y fiscalización de los servicios de salud es un discurso que se produce desde las autoridades de la CCSS y del gobierno central.

La inviabilidad de estos programas y de las cooperativas médicas, que veremos detalladamente más adelante, dio paso a la creación de un nuevo modelo en el período 1990-1994, el cual fue diseñado a partir de la idea esencial que compartían estos programas: unidades básicas de atención primaria a partir de la subdivisión de la población por zonas,

es decir, los Ebáis, que se pudieron materializar mediante un préstamo con el Banco Mundial. Por lo tanto, es importante resaltar que los Ebáis fueron la culminación de los esfuerzos de la década de 1980, incluso algunos rastrean hasta la década de 1970, con los programas de salud rural del Ministerio de Salud.

Además de la Clínica de Barva y la de Coronado, la CCSS iba a abrir otras clínicas grandes como la de Tibás y Pavas y “por lo menos unas 10 clínicas pequeñas”, lo cual iba a implicar mínimo 500 plazas nuevas. Guido Miranda, presidente ejecutivo de la CCSS (1982-1990), afirmaba que la solución que habían encontrado para poner a funcionar esos nuevos centros era la contratación de servicios, para lo cual se requería de un cambio de actitud “se están haciendo visitas a las clínicas y a los hospitales para informarles cuál es la situación pues no se le autoriza a la CCSS la creación de plazas nuevas” (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 106, 1987).

### **La descentralización mediante “democracia económica”**

Ante el inminente achicamiento del sector público y la urgencia para que la CCSS empezara a transferir la producción del servicio de atención en salud primaria, las autoridades de la CCSS propiciaron la organización de los trabajadores para que formaran cooperativas y empresas de autogestión y asumieran la prestación de algunos servicios que brindaba la institución. Esto respondió al impulso dado a estas formas de organización, con el auge de la democracia económica en un contexto de constricción del sector público, a la intención de no limitar servicios y al interés por mejorar las condiciones laborales del personal de la institución y de las personas aseguradas (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 103, 1986).

En un sentido técnico, la democracia económica, también conocida como capitalismo laboral, implicaba la creación de empresas a partir de las personas trabajadoras de una institución pública, a la cual renuncian para formar una organización ajena que asume la titularidad en la producción de un bien o servicio.

El capitalismo laboral fue popular en Costa Rica durante la reestructuración del Estado, llegando a ser una de las modalidades más usadas

para privatizar las empresas subsidiarias de la Corporación Costarricense de Desarrollo (Codesa) (Sancho y Zovatto, 1998, p. 249).

El auge del cooperativismo se debió, en gran manera, a la aceptación de esta forma de organización dentro de diversos sectores económicos. Había una corriente de pensamiento en los círculos políticos y económicos que planteaba la existencia de una democracia política mediante una democracia económica y bajo esta premisa el cooperativismo, como forma de producción, tenía un papel protagónico (Mayorga, 1987, p. 152).

Durante las dos administraciones del Partido Liberación Nacional (PLN) en la década de 1980, la de Monge (1982-1986) y la de Arias (1986-1990), el solidarismo y el cooperativismo fueron impulsados como políticas de gobierno.<sup>1</sup> Según señaló el presidente Monge en su último discurso oficial a la Asamblea Legislativa, el objetivo era transformar el sentido del auxilio de cesantía y crear un fondo propiedad de los trabajadores, en el cual se diera el ahorro, la inversión y el trabajo productivo “sin lucha ni odio entre las clases sociales, actuando solidariamente y uniendo en un solo esfuerzo a empresarios y trabajadores”. Para Monge, la cooperativa era “fuente de riqueza, a la vez que escuela de solidaridad humana, libertad y democracia” (Mensaje presidencial de Luis Alberto Monge, 1986).

Si bien el cooperativismo no era nuevo, pues las primeras cooperativas se materializaron en la década de 1950, producto de un marco jurídico impulsado por el Centro de Estudio para los Problemas Nacionales (Huaylupo, 2003, pp. 21-22), el crecimiento de las cooperativas durante la administración Monge fue cuantitativamente excepcional.<sup>2</sup> El impulso al cooperativismo se basó en la idea de fomentar la democracia económica, de acuerdo a Mayorga, se puede entender ese concepto como una adecuada distribución de la riqueza que permita mantener una democracia política (Mayorga, 1987, pp. 151-152).<sup>3</sup>

---

1 En noviembre de 1984 fue aprobada la Ley de Asociaciones Solidaristas.

2 Según este autor, entre 1950 y 1982, se crearon 370 cooperativas; sin embargo, en el transcurso de un año del gobierno de Monge, de 1982 a 1983, se habían creado 65 más, para un total de 435 cooperativas al final de su mandato.

3 La definición de Mayorga se basa en una carta enviada por el Lic. Rafael Rojas al presidente Monge. A partir de 1982, se crearon los congresos nacionales de cooperativismo y en el IV Congreso en 1985 se



El presidente Arias también apoyó el cooperativismo, se refirió en todos sus mensajes presidenciales, entre 1986-1990, a la importancia de la democracia económica que lograba que el éxito económico premiara a toda la sociedad y no fuera el monopolio de unos pocos. En su mensaje presidencial de los primeros cien días de gobierno afirmó que a tres años de cumplir un siglo de democracia (festejo que no podían celebrar muchos países hermanos del continente) lo que hacía diferente a Costa Rica, entre muchas razones, era la existencia de la pequeña propiedad:

Es el pequeño agricultor y el pequeño industrial el pilar fundamental de nuestra democracia. No nos equivoquemos: el día que desaparezca ese pequeño empresario, también desaparecerá nuestro sistema democrático. Ante un mundo cada vez más competitivo, que reclama más y más eficiencia para poder sobrevivir, la respuesta es la unión. De ahí mi compromiso con la cooperativa (La Nación, 1986, p. 16A).

Las autoridades de la CCSS señalaron que, ante la agenda de achicamiento del Estado, las reformas que se implementaran debían procurar satisfacer las demandas del personal. Para Miranda, se buscaba aprovechar su experiencia, los recursos de la institución en cuanto a financiamiento y el mercado cautivo, para que dejaran de depender de su salario y fueran personas asociadas a su empresa propia. El director del sector patronal, Rodolfo Salas, lo señaló así:

Aquí lo que se ha visto es la necesidad de buscar una solución a la situación que se presenta en cuanto a la necesidad de privatizar ciertos servicios y que debe llevarse a cabo en la forma más conveniente para el trabajador. Este es el momento oportuno para que la Caja pueda ir desprendiéndose de cierto tipo de servicios y que sea a través de una organización como la propuesta, (la) que los compre (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 104, 1987).

La posición de la junta estuvo en sintonía con la de un grupo del gobierno que apoyaba una reforma al Estado que suavizara un poco los efectos de las reformas neoliberales, sobre todo en las clases medias que pertenecían al sector público y en quienes tradicionalmente se había basado el apoyo político del PLN.

---

preparó el Plan nacional de desarrollo cooperativo 1986-1990, bajo el lema “Cooperativismo, camino a la democracia económica” donde uno de los objetivos era “priorizar en el desarrollo de cooperativas que generen empleo justamente remunerado”.

En un mensaje presidencial de 1987, Arias manifestó que su meta era “crear nuevos empresarios mediante estímulos crediticios y fiscales para que como dueños presten el servicio que antes brindaban como asalariados”. Para ese propósito se creó una “Comisión de democratización y formación de empresas de exfuncionarios públicos”, la cual estuvo dirigida por el Ministerio de Planificación (Mideplan) y por ocho representantes de instituciones públicas. Esta comisión fue impulsada en el siguiente período presidencial por medio de un decreto ejecutivo (Decreto Ejecutivo N.º 21239 de 1992).

La primera empresa de autogestión formada por once trabajadores de la CCSS surgió el 25 de junio de 1987. La Empresa Laboral de Tecnología Médica Industrial S.A. (Tecmi S. A.) vendería a la CCSS servicios de mantenimiento de equipos. La creación de empresas laborales parecía ser una tendencia en la institución; sin embargo, este no fue el caso. Una de las principales razones que se vislumbró desde el diseño mismo de este proyecto, y de las otras modalidades de organización laboral, fue la ausencia de datos concretos sobre los costos del pago de estos servicios por parte de la CCSS, lo cual indica que el proyecto no contaba con estudios financieros sólidos que aseguraran su rentabilidad.

Las declaraciones de Fletcher –coordinadora del grupo de creación de empresas laborales– y las de Miranda, sobre los aspectos más técnicos del proyecto, dejan dudas con respecto al beneficio que esas empresas le podían brindar a la CCSS. Fletcher aseguró: “Los costos institucionales, *probablemente* van a ser menores por la productividad mayor que van a tener. El asegurado se va a ver beneficiado con un servicio más oportuno, ellos van a tener un beneficio económico importante” [cursivas añadidas] (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 105, 1987).

De acuerdo con Fletcher, el estudio de factibilidad con los beneficios económicos esperados “lo hemos hecho conjuntamente, diría que ellos (Tecnisa) han hecho tres cuartas partes y los profesionales la parte restante”. La nueva empresa determinaba que duplicarían sus ingresos. Sin embargo, según Fletcher y Miranda:

Esa cifra no sale de un gasto mayor para la Caja, se obtiene de la mayor productividad que ese grupo va a tener a través de una organización que permite mejoras y aprovecha la baja de costos que solamente un propio

dueño de empresa puede lograr (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 105, 1987).

Según Miranda, la falta de estudios prefactuales detallados, al igual que en el diseño del modelo de capitación, se debía a que eran modelos nuevos y no se podía saber cómo se iban a comportar. Recordó que el fracaso de la cooperativa de trabajadores del Hospital de Ciudad Neily, que se encargaba de brindar servicios de alimentación en ese hospital, se debió a la falta de conocimientos en administración por parte de los empleado; por esta razón, la junta accedió a brindarles capacitación a las nuevas empresas. El director más escéptico fue Roberto Quirós, representante por el sector patronal, quien pidió que se presentara un informe semestral sobre la marcha de dicha empresa (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 105, 1987, fl. 309).

La configuración administrativa que se justificaba en la falta de referentes previos, en la incapacidad para cambiar el marco legal vigente y en prever mediante el planteamiento prefactual resultados confiables, manifestó sus efectos en el desarrollo de estos programas. A continuación, abordaremos el surgimiento del cooperativismo médico y, posteriormente, la forma en que esa configuración administrativa conllevó al fracaso de los modelos y limitó su eventual expansión.

## **El cooperativismo médico**

La primera asociación de este tipo en ofrecer la venta de servicios de atención en salud a la CCSS empezó la relación contractual el 25 de marzo de 1988, después de cuatro meses de negociaciones con la institución. La Cooperativa Autogestionaria de Servicios Integrales de Servicios de Salud R. L. (Coopesalud), integrada por 91 profesionales en ciencias médicas, propuso a la CCSS y al Ministerio de Salud un convenio para hacerse cargo de la atención integral en salud –prevención y servicios asistenciales– de la población de Pavas que en aquel momento contaba con 47 000 habitantes (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 106, 1988, Marín y Vargas, 1991, pp. 36-41).<sup>4</sup>

La CCSS se convirtió en la primera institución del gobierno en desarrollar un modelo de esa naturaleza, a su vez, fue la primera

---

4 En 1991 contaba con 173 trabajadores, de los cuales el 90 % estaban asociados.

experiencia de este tipo en la región centroamericana (Marín, 1990, p. 37). Los miembros de la junta entendían que el cooperativismo médico representaba un cambio profundo en comparación con el modelo de capitación de Barva, pues las personas trabajadoras dejarían de laborar para la CCSS y pasarían a constituir una entidad autónoma. Los directores señalaron que los médicos de Barva aún sentían que trabajaban para la CCSS, mientras que con el cooperativismo serían sus propios jefes y esto resultaría en mayor eficiencia y mejor atención (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 107, 1988).

El cooperativismo médico fue visto por los sindicatos como una amenaza para el sistema de seguridad social. La Asociación Nacional de Empleados Públicos (ANEP) calificaba al proyecto como una privatización de la salud, la cual veían como una imposición del Fondo Monetario Internacional (FMI). El director de ANEP, José Luis Loría, afirmó que el proyecto era privatizador a largo plazo: “¿es que acaso pretenden crear un archipiélago de cooperativas y empresas de autogestión de servicios médicos para luego consolidar el proceso de privatización de los servicios de salud que está como telón de fondo?” (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 107, 1988, fl. 83; *La Nación*, 26 junio de 1987).

Aseguraban que con la cooperativa se iba a introducir un copago para las consultas y los medicamentos, también afirmaban que la junta directiva había negociado con la cooperativa a “espaldas de los trabajadores y del pueblo”. El grupo opositor al proyecto optó por manifestar su negativa a la prensa, pedir una consulta popular y solicitar citas con las autoridades de la CCSS, también afirmaban desconocer a profundidad el proyecto, lo cual fue corroborado por la junta; se evidencia así que la política de creación de los nuevos modelos no contempló formas de involucrar a todos los sectores (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 107, 1988, fl. 83; *La Nación*, 3 de marzo de 1988; *La Nación*, 13 de marzo de 1988; Loría, 1988).

Por su parte, *La Nación* afirmó que lo que estaba de fondo a la oposición era temor de los sindicalistas a la reducción de su poder y beneficios (*La Nación*, 16 de marzo de 1988). La posición del grupo opositor se presentó tanto en la prensa como en las actas, como un pequeño grupo

desarticulado; sin embargo, abordar dicha perspectiva es una tarea pendiente que excede los propósitos de este trabajo.

Una vez más, el director Quirós fue el único miembro que mostró escepticismo hacia el modelo cooperativo, tras afirmar que se podía caer en un “paternalismo estatal” debido a los recursos que le ofrecía la institución a la cooperativa: “esta cooperativa está teniendo todo, el edificio, el equipo, por qué no, hasta algunos médicos capacitados con becas de la institución (...) tienen todo, no les ha costado absolutamente nada”. Este director también señaló que la cooperativa no hacía un mayor aporte –esto debido a que su capital inicial en ese año, 1988, eran 100 000 colones– por lo que pidió que la cooperativa se comprometiera a firmar una garantía de cumplimiento.

Álvaro Chaves Gómez –representante del sector laboral, específicamente del sector cooperativo– defendió el modelo y explicó algunos de sus principios y beneficios, entre estos, generar democracia económica, cuyo significado hemos explorado anteriormente (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 107, 1988, fl. 83-85).

La otra alternativa, llamarse “privatización” que sería si le vendiéramos a los médicos la clínica junto con el instrumental, aquí no hay democracia económica. Lo que estaríamos haciendo, sería condenando irremediablemente a que quienes participen en eso sean los que tienen el dinero para hacerlo (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 107, 1988, fl. 83).

La posición de los representantes del sector patronal evidencia que votaron a favor del proyecto en la medida en que esto abriría una puerta para la contratación con otro tipo de asociaciones, como la empresa privada. Harry Odio Jiménez señaló que apoyaba el proyecto, pero que “no debería restringirse únicamente a cooperativas sino a cualquier grupo serio que demuestre la capacidad de brindar los servicios” (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 107, 1988, fl. 84).

Para Claudio Solano Cerdas, representante del sector laboral por el solidarismo, a diferencia de otras experiencias donde la responsabilidad de brindar los servicios de atención en salud había sido trasladada a cooperativas médicas, en el país, la CCSS todavía seguiría siendo la responsable a nivel constitucional. Este director afirmó: “lo bueno es que con este convenio la institución no está renunciando a algo que es vital de su mandato constitucional de dar los servicios de salud, simplemente lo ha

canalizado de otra manera, que trae muchos beneficios” (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 107, 1988, fl. 84).

El modelo de salud inglés fue considerado por los miembros de la junta como un ejemplo de un sistema donde el Estado, a pesar de ser el responsable constitucionalmente por la salud de sus habitantes, no brinda estos servicios directamente, sino que contrata a proveedores. Esta idea de responsabilidad delegada estaba acompañada de otros factores para su buen funcionamiento, por ejemplo, el involucramiento de las comunidades al regular, proponer y velar por la salud de su comunidad mediante juntas de personas aseguradas (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 107, 1988, fl. 83-85).

Las posiciones manifestadas dan cuenta de cómo, inmersos en el contexto de auge de la democracia económica como una solución menos disruptiva ante la contracción del Estado, los actores tomadores de decisión de la CCSS no concibieron la transferencia en la producción de servicios de atención primaria a cooperativas médicas como un proceso privatizador. Para dos de los médicos fundadores del cooperativismo médico, Fernando Marín y Mauricio Vargas, con la inserción de las cooperativas médicas como un nuevo productor de servicios de atención salud no se estaba cuestionando el papel del Estado. A pesar de reconocer a las cooperativas médicas como una opción “importante para modernizar” el sistema, señalaron que esto solo sería viable en la medida en que se mantuvieran los principios de la seguridad social y mientras se integrase el cooperativismo en el concepto de seguridad social y en el Sistema Nacional de Salud (SNS) (Marín y Vargas, 1991, pp. 8-11).

El ministro de Planificación (1986-1990), Ottón Solís, señaló que el ajuste estructural y las privatizaciones que estaba implementado su gobierno iban de la mano con la democracia económica. A pesar de que Solís no precisó en ese concepto, mencionó que se estableció “un consenso totalmente costarricense, donde la privatización ocurre pero no se le vende al que pague más sino que se beneficia a grupos amplios de nuestra población”. Definió la privatización al estilo costarricense de la siguiente forma: “Así, privatización no es un fin en sí mismo, sino un medio para crear más y más propietarios y para crear mayores niveles de eficiencia” (Solís, 2 de marzo de 1988. 16A).

Para Solís, la descentralización mediante las cooperativas sí era una privatización, pero la carga negativa que adquiriría el concepto se borraba al ser una privatización para crear nuevas personas propietarias y no beneficiar a las ya existentes. Para los miembros de la junta, el cooperativismo médico significaba una evolución del concepto de privatización, el cual propiciaba la participación del sector empresarial dentro del sistema público, generando nuevas formas de contratación (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 104, 1986, fl. 95-98).

En diciembre de 1989 se concretó el Reglamento General del SNS, el cual mediante el artículo 11 del Decreto Ejecutivo N.º 19276-S definió aspectos fundamentales para comprender lo que de ahí en adelante debía entenderse como el sistema de salud costarricense. El reglamento del SNS estableció la meta de la desconcentración, la universalización y definió el sistema de salud por niveles de atención. También definió como actores del SNS a los servicios médicos privados, cooperativas y empresas de autogestión, al Instituto Nacional de Seguros (INS), a Acueductos y Alcantarillados (AyA), a la CCSS, al Ministerio de Salud y a las universidades, las municipalidades y las comunidades. Así, el sector salud se amplió con la incorporación de otros actores de tipo local, la empresa privada y las cooperativas médicas (La Gaceta, 1989).

## Los frenos del cambio institucional

El modelo de capitación, las cooperativas médicas y el modelo de medicina familiar y comunitaria evidenciaron las debilidades de sus diseños incluso desde antes de su puesta en marcha, pues eran incompatibles con el marco jurídico institucional de la seguridad social costarricense, además de que demostraron serias deficiencias en su planeación técnico-operativa. La CGR se presentó como un contrapeso y freno a la transformación institucional mediante los procesos de descentralización puestos en marcha. Seguidamente, abordaremos la forma en que se manifestó esa resiliencia institucional.

Para que Coopesalud pudiera empezar a operar en la Clínica de Pavas, la relación entre las partes se había determinado como un convenio y no un contrato, esto hizo posible establecer la contratación directa, sin que fuera necesario un proceso licitatorio. Sin embargo, este convenio no fue refrendado por la CGR, ente que había presentado objeciones, lo cual hizo que

la clínica no empezara a funcionar hasta septiembre de 1988 cuando se resolvió el conflicto. Siguiendo lo establecido en la Constitución, la CGR determinó que la salud es un servicio esencial y la CCSS es la responsable de brindarlos, por lo que no podían ser transferidos sin cambiar la Constitución. Además, la CGR señaló que los estudios de factibilidad estaban incompletos y que existía incompatibilidad con el marco legal vigente. Asuntos como las incapacidades médicas que solo podían brindar profesionales de la CCSS o la responsabilidad en caso de *mala praxis* fueron algunas de esas incompatibilidades (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 107, 1988, fl. 368-369).

La CGR también había desechado el contrato entre la CCSS y la primera empresa laboral, Tecnisa. El gerente médico, Cabezas Solera, señaló que “lamentablemente todos los esfuerzos de establecer sistemas de reorganización y de compra de servicios en esta institución han quedado parcialmente invalidados” (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 107, 1988, fl. 368-369). Esta situación afectó la prestación de los servicios a las personas usuarias y a miembros de esta nueva empresa y cooperativa, pues la mayoría de sus miembros habían renunciado a la CCSS para formar esos nuevos grupos.

En julio de 1988, las autoridades de la CCSS, bajo asesoramiento de la CGR, encontraron la forma de establecer un contrato temporal por seis meses con Tecnisa, mientras elaboraban un modelo de licitación para ese servicio. Con respecto a la cooperativa médica, a pesar de que las autoridades de la CCSS y presidencia de la República pensaron en hacerlo por decreto ejecutivo, bajo el asesoramiento de la CGR, encontraron otra forma de poner en funcionamiento el nuevo proyecto, reformando el artículo 6 de la Ley 4750 del 27 de abril de 1971. Esta última planteaba: “se autoriza a la Caja Costarricense de Seguro Social para tomar parte en todos aquellos proyectos que tiendan a dar mayor beneficio en salud a los asegurados mediante correspondiente aporte financiero y técnico” (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 108, 1988, fl. 30-31, 113).

Con esta reforma dio inicio el proceso de descentralización institucional, pues organizaciones públicas y privadas podrían, en calidad de “proyecto”, vender servicios de atención en salud a la CCSS, siempre y cuando se justificara la inviabilidad de la institución para



brindar directamente el servicio, y la responsabilidad ante las personas usuarias y la Constitución siguiera recayendo en la CCSS (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 108, 1988, fl. 30-31, 113).

Casi un año después de que empezara a operar la primera cooperativa médica, otro grupo de profesionales en salud de la CCSS decidió constituirse en una segunda cooperativa médica, llamada Cooperativa Autogestionaria de Servidores para la Salud Integral (Coopesain). Esta cooperativa asumió la producción de servicios de atención en salud en la Clínica de Tibás. Al igual que Coopesalud, lo hizo mediante la modalidad de proyecto.

La cercanía temporal con la que empezó a funcionar Coopesain, con respecto a la puesta en marcha de la primera cooperativa médica, y el interés de nuevos grupos de trabajadores quienes buscaban convertirse en una cooperativa, o en cooperativas ya establecidas de distintos sectores con interés en administrar servicios de salud (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 119, 1992, fl. 470), indicaba que el cooperativismo médico iba a expandirse rápidamente; sin embargo, este no fue el caso. Si bien se crearon dos cooperativas más, Coopesana R. L. en 1992 y Coopesiba R. L. en 1998, la primera para administrar el área de salud de Santa Ana y la segunda para el área de Barva y San Pablo de Heredia, no se crearon más cooperativas (Gutiérrez, 2016, p. 344).

Los convenios firmados entre las nuevas empresas y la CCSS no contemplaron la metodología para el aumento de las tarifas anuales y por ende no se sabía a ciencia cierta cuál era el costo de estos servicios en comparación con lo servicios ofrecidos directamente por la CCSS, tampoco se diseñaron previamente las herramientas para evaluar los nuevos modelos. Coopesalud y Coopesain presentaron dificultades financieras durante sus primeros años de funcionamiento. A pesar de que las personas tomadoras de decisión del sector salud y la opinión pública tenían en muy buen concepto el nuevo modelo, no existían sistemas de evaluación para determinar la eficiencia del sistema. El director Quirós Coronado lo señaló así:

A estas alturas nosotros como institución no podemos decir si las cooperativas de Pavas y Tibás funcionan, suponemos que son buenas por la satisfacción de los usuarios, pero con exactitud no podemos determinar en qué área son eficientes o ineficientes, en qué deben

mejorar, porque los indicadores que tenemos son para el sistema tradicional (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 119, 1992, fl. 446-447).

El desconocimiento sobre los costos reales de los servicios brindados por las cooperativas se evidencia desde la creación misma de los contratos. En diciembre de 1989, el director jurídico señaló que, sobre el pago mensual por cada asegurado adscrito, el documento establecía una diferenciación entre Coopesalud (con el pago de ₡216,65) y Coopesain (₡266,66), “ignoro si esta diferencia fue establecida mediante estudio de la Gerencia Financiera”. Por su parte el gerente médico, Cabezas Solera, señaló sin ningún estudio técnico que debido a la premura se le podía pagar a Coopesain el mismo monto que a Pavas (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 112, 1989, fl. 267-268).

Al final se optó por mantener una tarifa diferenciada con un mayor costo en Coopesalud de Pavas, debido a que su población adscrita era mayor. Otros problemas evidenciados estuvieron relacionados con el pago de prestaciones legales como beneficio para las personas que decidieran dejar la institución y el congelamiento de plazas que representaban quienes se habían ido para formar las cooperativas (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 115, 1990, fl. 62).

Así las cosas, en este episodio de la coyuntura crítica, la apuesta por los nuevos modelos de atención en salud, la cual se basó principalmente en la descentralización, y que representaba el eje del cambio institucional, no dio los frutos que se esperaban. De acuerdo con un informe de la gerencia financiera, la atención de cada persona asegurada en Coopesalud era aproximadamente un 25 % más caro que en el servicio tradicional. Según Quirós Coronado, la diferencia en precios se debía a que las cooperativas se estaban excediendo en los servicios que prestaban y esto elevaba el costo, por ejemplo, brindar servicios de emergencia después de las 6:00 p. m.

En el marco del proceso de reestructuración del Estado y la ley para el equilibrio financiero del sector público, en 1991 se creó una Comisión Externa para analizar el sector salud; sus resultados resaltaron el fracaso de los nuevos modelos y la incapacidad del cambio institucional (ANCR. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, 117, 1991, fl. 447-448). Esto coincidió con el fin de la administración Miranda y la llegada de una

nueva junta (1990-1994), en el marco del fin del gobierno del PLN y la llegada del Partido Unidad Social Cristiana (PUSC).

Ante la inviabilidad económica, jurídica y administrativa de los nuevos modelos, en el período siguiente, se desechó la posibilidad de apostar por ellos como la ruta de cambio, y más bien se optó por fortalecer y ampliar el sistema originario, lo cual dio como resultado el nacimiento de los Ebáis. Nótese que el esquema característico de los Ebáis de dividir a la población en subzonas, cada una bajo responsabilidad de un equipo permanente, el énfasis en la medicina preventiva y la comunidad, son ideas transversales que venían de los otros modelos analizados en este artículo, por lo que podríamos afirmar que los Ebáis son la culminación de un proceso de cambio desarrollado a nivel institucional durante la década de 1980, el cual se pudo concretar debido a los fondos del Banco Mundial.

## Conclusiones

El panorama expuesto en este artículo dibuja una reforma de salud que se presentaba como una necesidad desde finales de la década de 1970, pero que se logra empezar a concretar entre 1986-1990, debido al impulso de las autoridades de gobierno a la reestructuración del Estado con el objetivo de propiciar su contracción. En este sentido, se presentaron condiciones permisivas que presionaron por un cambio y condiciones productivas que lo materializaron, las cuales en este caso fueron producto del contexto nacional y las personas tomadoras de decisiones.

Del análisis se desprende que el diseño de la reforma fue moldeado por diferentes aspectos que contribuyeron al origen de los modelos de atención en salud que se implementaron en el período. Los vínculos que sostuvieron las autoridades de la CCSS con escenarios internacionales, los cuales contemplaron tanto aspectos técnicos como políticos, moldearon las decisiones de cambio. De esta forma, los insumos del cambio institucional se basaron en una nueva concepción de salud enraizada en las ideas del desarrollo de una medicina preventiva en atención primaria y medicina familiar, tendencias que estaban a la orden del día en los escenarios técnicos internacionales.

De la mano de los vínculos internacionales, el paradigma que se empezaba a afianzar sobre la seguridad social costarricense también moldeó las decisiones de cambio, pues el discurso de excepcionalidad conllevó a las autoridades institucionales a la búsqueda de opciones que mantuvieran los principios del sistema, excluyendo aquellas opciones más radicales a las que habían sido expuestos en los escenarios internacionales, tales como la transferencia total a la empresa privada de la producción de los servicios o la creación de copagos. Aunado a los vínculos internacionales y al discurso de excepcionalidad de la seguridad social costarricense, el auge del concepto de democracia contribuye a explicar el origen de las cooperativas médicas.

Como se ha expuesto, la democracia económica se planteó como la forma menos disruptiva de contraer el Estado, pues en el marco del ascenso del reformismo neoliberal, este proceso significaba el traslado de la producción de bienes y servicios públicos a asociaciones formadas por personas trabajadoras de esas instituciones. En una perspectiva “más macro”, la democracia económica fue la forma que encontraron las dos administraciones del PLN de la década de 1980 para llevar a cabo una reestructuración del Estado manteniendo ciertas funciones sociales, especialmente las de financiamiento y regulación. Con la democracia económica se lograban dos cosas. Por una parte, no aumentaría el desempleo a raíz de los despidos en el sector público, especialmente de una clase media de la que se alimentaba el caudal del PLN; y, por otro lado, no se profundizaba la desigualdad social al favorecer a las grandes empresas ya existentes que se beneficiarían de la venta de servicios al Estado.

En este sentido, durante el período en estudio los conceptos de democracia económica y descentralización remitían al mismo significado. Sin embargo, el primero era el objetivo del proceso de reforma; mientras que la descentralización era la forma de ejecutarla. Así, el cambio institucional mediante la descentralización se convirtió en la respuesta que encontraron, tanto las autoridades de la CCSS como del gobierno de Arias. Este concepto adquirió dos significados diferentes y diversas formas de materializarse. Para los grupos interesados en su implementación, como las autoridades de la CCSS, de gobierno y las personas trabajadoras de la institución, la descentralización fue

distanciada de la lógica privatizadora, pues al transferir la producción de los servicios de atención en salud a los propios miembros de la institución se posibilitaba la creación de pequeños grupos de ingresos medios, y la constricción del Estado no propiciaba el crecimiento de la empresa privada ya existente.

Por su parte, para los sindicatos la descentralización fue vista como una novedosa forma de privatización. Y es que dentro del discurso de democracia económica no se cuestionaba la propiedad ni responsabilidad del Estado en ciertas áreas, principalmente aquellas con una función social, lo que ciertos sectores liberales lograron posicionar en la década de 1980 fue el cuestionamiento a la intervención estatal en todas las áreas de producción de un bien o servicio. Para lo cual la descentralización promovida se basaba en una perspectiva con una lógica más dual, replanteando las relaciones entre el centro y lo local, y lo público y lo privado.

Tradicionalmente se había asociado el concepto de privatización con la venta de empresas públicas; sin embargo, los nuevos modelos implementados durante este período demostraron que este no era el único mecanismo disponible, sino que existían otras formas de privatización que resultaban más fáciles de operacionalizar, sobre todo en los casos donde la producción de las empresas se relaciona con bienes y servicios, los cuales son considerados necesidades públicas (Marín y Vargas, 1991, pp. 18-19). El caso aquí estudiado da cuenta de ese proceso, pues la diversidad de opciones de transformación institucional que se gestaron en la década de 1980 resignificaron el concepto de privatización, haciéndolo más amplio, complejo y difuso.

Esta investigación plantea que el cambio institucional de la seguridad social costarricense se puede explicar debido a los antecedentes históricos que configuraron la estructura de la seguridad social en el país a lo largo del siglo XX, pues estos delimitaron las opciones de cambio disponibles durante la coyuntura crítica abordada. De esta forma, la matriz Estado céntrica que había caracterizado al país no posibilitó el crecimiento de opciones más radicales, por lo que estas no fueron parte de las opciones disponibles. De igual forma, se debe considerar además el tamaño de la opción privada, pues era aún muy reducido en el periodo como para haberse erigido en una opción tangible, además del

papel de las personas tomadoras de decisión, ya que estas han sido piezas esenciales para delinear la trayectoria institucional (Martínez y Sánchez-Ancochea, 2019, pp. 143-174) y, como se ha expuesto en este documento, impulsaron una reestructuración cautelosa ante la oferta privada.

A pesar del trabajo conjunto entre las autoridades de la CCSS y el gobierno por descentralizar los servicios, esto no se pudo materializar a gran escala, lo cual plantea considerar dos cuestiones. Por un lado, la agencia de los actores, pues su anuencia e interés por un nuevo horizonte de cambio, a pesar de ser un elemento base, no es suficiente para un cambio sostenible. La debilidad de los nuevos modelos a causa de una planificación negligente y ante un resiliente entramado institucional fue un factor de peso para detener su expansión. Los miembros de la junta no dimensionaron, en la fase de diseño, el entramado del marco institucional del cual formaba parte la CCSS y por ende las restricciones, implicaciones y presiones que esto iba a significar para poner en marcha un proceso de transformación institucional.

La expansión de los servicios de salud mediante el modelo cooperativista, de empresas laborales y de capacitación, no respondió a un proceso de planificación que determinara cuáles áreas eran las más aptas para administrarse bajo estas modalidades, sino que respondió a ofrecimientos particulares hechos por las personas trabajadoras de la institución a las autoridades de la CCSS. Un planteamiento similar se ha esgrimido para explicar el proceso de regionalización de la Universidad de Costa Rica (UCR), el cual tampoco ha respondido a un planeamiento previo (Fonseca, 2018). En este sentido, la agencia de los actores demuestra límites para diseñar vías de cambio sólidas.

Además, se debe considerar que la descentralización, ya sea en una lógica centro-local o público-privada, promovida desde la unidad dominante, un proceso “desde arriba”, no involucró transversalmente a los poderes locales y comunidades, lo cual puede contribuir a explicar por qué el cambio institucional emprendido en este episodio de la coyuntura crítica no se logró tal y como se esperaba. La compra de servicios de atención en salud a proveedores externos se incrustó en la estructura institucional. Así, desde 1998 se firmaron tres contratos más: en 1998, con la UCR, para la administración de los Ebáis del este de San José, por medio del Programa de Atención en Salud (PAIS); en el año 2000, con la

Asociación de Servicios Médicos Costarricense (Asemeco), una fundación ligada a una clínica privada; y en 2014 un contrato con la Universidad de Iberoamérica (Unibe).

Esta investigación sostiene que los frenos a la descentralización, tanto del período en estudio como el caso más reciente con la Unibe, pueden ser explicados a partir de la resiliencia del sistema de seguridad social que se apoya en un conjunto de instituciones, al débil diseño de los nuevos modelos y a las deficiencias jurídicas y administrativas de las relaciones contractuales emprendidas entre la CCSS y estos nuevos actores. En este sentido, la trayectoria institucional generada a partir de la coyuntura crítica de 1986-1994 se caracteriza por ser restringida e interrumpida, lo cual ha llevado a conservar el papel protagónico de la institución.

Tomando en cuenta esas características, no se puede hablar de un proceso lineal, ni progresivo, dirigido al traslado de la prestación de servicios de salud públicos al sector privado, antes bien, se ha configurado un sistema que responde a ambas lógicas. En gran medida, la trayectoria se ha presentado de esta forma debido a que la contraparte se ha mostrado débil para competir con la oferta de la CCSS, pues diversos estudios han señalado que comprar servicios de atención en salud a estos contratistas resulta más caro (Rodríguez y Bustelo, 2008, p. 8; Herrero y Durán, 2001; Martínez, 1999, pp. 162-169). Sin embargo, debe tenerse presente que la creación de un marco legal institucional a finales de la década de 1980, el cual permitió la compra de servicios a las cooperativas, mediante la declaratoria de inviabilidad para ofrecer directamente los servicios, creó grietas de interpretación que dependen en gran medida de las personas tomadoras de decisiones en la CCSS.

## Referencias

- Bermúdez, M. y Umaña, A. (2003). *Tercerización de los servicios de salud en la Caja Costarricense de Seguro Social, en el marco de la contrarreforma del Estado costarricense (1988-2012). Un acercamiento a cuatro proveedores externos: COOPESANA, COOPESAIN, ASEMECO y PAIS* [Memoria del Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social]. Universidad de Costa Rica.
- Collier, R. B. y Collier D. (1991). *Framework: Critical Junctures and Historical Legacies en Shaping the Political Arena: Critical Junctures, the Labor Movement and Regime Dynamics in Latin America*. Princeton. Princeton University.
- Falleti, T. (2010). *Decentralization and subnational politics in Latin America*. Cambridge University Press.
- Feinzag, E. (2022). Plan de gobierno. <https://www.tse.go.cr/2022/pdf/fichas/Liberal%-20Progresista.pdf>
- Fonseca, E. (2018). *Regionalización en la educación superior en Costa Rica, el caso del Recinto de Golfito de la Universidad de Costa Rica* [tesis de licenciatura]. Universidad de Costa Rica.
- Gawande, A. (30 de agosto de 2021). Costa Ricans live longer than we do. What's the secret? *The New Yorker*. <https://www.newyorker.com/magazine/2021/08/30/costaricans-live-longer-than-we-do-whats-the-secret>
- Giraudy, A. y Pribble, J. (2020). Territorial Inequality in Health Service Delivery: Lessons from Latin America's Federations. *Latin American Politics and Society*, 62, 19-43.
- Gutiérrez, B. (2016). *Estado de bienestar y cambio: la transformación de las políticas públicas de salud en costa rica (1990-2014)* [tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid, Instituto Universitario de Investigación Ortega Y Gasset.
- Herrero, F. y Durán, F. (2001). El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica. CEPAL.
- Huaylupo, J. (2003). Las cooperativas en Costa Rica [tesis de maestría]. Universidad de Costa Rica.
- Jaramillo Antillón, J. (2005). *Historia y Filosofía de la Medicina*. Editorial UCR.
- La Nación. (2 de mayo 1986). Mensaje presidencial: Monge afirma que la crisis está dominada, 5-7A.
- La Nación. (4 de mayo de 1986). Familias podrán escoger su médico, 2A.
- La Nación. (20 agosto de 1986). Arias analiza sus primeros cien días, 16A.
- La Nación. (26 junio de 1987). Sector privado dará servicios a la Caja, 2A.



- La Nación. (3 de marzo de 1988). Se oponen a cooperativas médicas, 8A.
- La Nación. (13 de marzo de 1988). Por plebiscito se decidiría cooperativa médica en Pavas, 19A.
- La Nación. (16 de marzo de 1988). Temor al cambio, 14A.
- Loría, J. L. (19 de marzo de 1988). Defendamos la medicina socializada. *La Nación*, 16A.
- La Nación. (4 de febrero de 2022). Eliecer Feinzag sobre trabajadores informales: “La CCSS tiene que hacer borrón y cuenta nueva” [Entrevista en video]. *La Nación*, minuto 5:00:00-5:15:00. <https://www.nacion.com/videos/el-pais/eliecer-feinzaig-sobre-trabajadores-informales-la/466219cc-410c-47d9-aa9a-4eb7b178dca2/video/>
- Marín, F. y Vargas, M. (1991). *Silos y empresas cooperativas de salud en Costa Rica*.
- Marín, F. (1990). Administración descentralizada de los servicios públicos de salud por parte de cooperativas. El caso de Costa Rica. *Anuario Centroamericano de Administración Pública*, 18.
- Martínez, J. (1999). Poder y alternativas: las agendas internacionales en las reformas del sector salud en Costa Rica, 1988-1998. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 25(1), 159-182.
- Martínez, J. y Sánchez-Ancochea, D. (2019). *La búsqueda de una política social universal en el Sur: actores, ideas y arquitecturas*. Editorial UCR.
- Mayorga, L. F. (1987). Cooperativismo y propiedad social en Costa Rica. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 13(1), 151-159.
- Noy, S. (2017). *Banking on Health: The World Bank and Health Sector Reform in Latin America*. S.L. Palgrave Macmillan.
- Rivera, R. (1995). *Descentralización y la metáfora de la reforma del Estado*. FLACSO-Programa Costa Rica.
- Rodríguez, A. y Bustelo, C. (2008). La compra de servicios de salud en Costa Rica. Serie Financiamiento del Desarrollo, 201. ONU.
- Sancho, R. y Zovatto, D. (1998). La privatización en Costa Rica a la luz de la experiencia internacional y regional latinoamericana. *Revista Parlamentaria: Órgano Informativo de la Asamblea Legislativa*, 6(2), 233-234.
- Soifer, H. D. (2012). The Causal Logic of Critical Junctures. *Comparative Historical Studies*, 45(12), 1572-1597.
- Solís, O. (2 de marzo de 1988). La democracia económica en marcha. *La Nación*, 16A.
- Streeck, W. (2012). Los ciudadanos como clientes. *New Left Review*, 76, 27-47.

Streeck, W. y Thelen K. (2005). *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*. Oxford University Press.

Villasuso, J. (2000). *Reformas estructurales y política económica en Costa Rica*. Serie Reformas Económicas 64, IICE.

Volpi, F. y Gerschewski, J. (2020). Crises and Critical Junctures in Authoritarian Regimes: Addressing Uprisings' Temporalities and Discontinuities. *Third World Quarterly*, 41(6), 1030-1045.

### **Documentos oficiales**

Caja Costarricense de Seguro Social. Memorias Institucionales 1979-1980.

Caja Costarricense de Seguro Social. Actas de la Junta Directiva de la CCSS, ANCR, Signatura 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 111, 112, 113, 115, 117, 119.

*La Gaceta*. Reglamento General Sistema Nacional Salud, 1989.

Mensaje presidencial de Óscar Arias Sánchez, *Una alianza para la libertad y la democracia*, 8 de mayo de 1986.

Mensaje presidencial de Óscar Arias Sánchez. *Fieles a la voluntad del pueblo*. 1 de mayo de 1987.

Mensaje presidencial de Óscar Arias Sánchez. *Sin armas y sin hambre*. 1 de mayo de 1988.

Mensaje presidencial de Óscar Arias Sánchez. *Estoy orgulloso de mi pueblo*. 1 de mayo de 1989.

Mensaje presidencial de Óscar Arias Sánchez. *Entrego una Costa Rica más grande*. 1 de mayo de 1990.

# Anuario de Estudios Centroamericanos

## Equipo editorial/Editorial Team

Directora

Dra. Elizeth Payne Iglesias  
Escuela de Historia,  
Universidad de Costa Rica  
elizeth.payne@ucr.ac.cr

Editora

Ariana Alpízar Lobo  
Universidad de Costa Rica  
ariana.alpizar@ucr.ac.cr

## Consejo editorial/ Editorial Board

Dra. Eugenia Ibarra Rojas  
Academia de Geografía e Historia de Costa Rica, Costa Rica  
eugenia.ibarra68@gmail.com

Dr. Jorge Rovira Mas  
Profesor Emérito,  
Universidad de Costa Rica, Costa Rica  
jroviramas@gmail.com

Msc. César Villegas  
Escuela de Trabajo Social,  
Universidad de Costa Rica, Costa Rica  
cvillegash@gmail.com

Dra. Denia Román Solano  
Universidad de Costa Rica, Costa Rica  
Escuela de Antropología,  
denia\_rs@yahoo.com

Dra. Tania Rodríguez Echavarría  
Escuela de Geografía y Escuela de Ciencias Políticas,  
Universidad de Costa Rica, Costa Rica  
tania.rodriguezechavarria@ucr.ac.cr

Dr. Carlos Sandoval García  
Escuela de Ciencias de la Comunicación Colectiva,  
Universidad de Costa Rica, Costa Rica  
carlos.sandoval@ucr.ac.cr

Dr. Ronald Alfaro Redondo  
Escuela de Ciencias Políticas,  
Universidad de Costa Rica, Costa Rica  
ralfaro@estadonacion.or.cr

El **Anuario de Estudios Centroamericanos** (AECA), fundado en 1974, es una revista académica de acceso abierto, editada en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Costa Rica. Es una publicación continua presentada en formato electrónico. En la actualidad es una de las pocas publicaciones que se realizan sobre América Central bajo una perspectiva regional. Así, el AECA cubre temas que se ocupan del análisis de la realidad histórica y presente de la región centroamericana y de las sociedades que la constituyen.

El Anuario es una publicación internacional. En sus páginas tienen cabida artículos, ensayos y reseñas que se realicen, en español e inglés, desde una perspectiva interdisciplinaria en el amplio espectro de las ciencias sociales y la cultura en general, tanto dentro como fuera de la región. El objetivo central es comprender las sociedades centroamericanas desde las más diversas perspectivas: económicas, sociales, políticas y culturales. De manera que se puedan obtener explicaciones científicas y académicas a las principales problemáticas que aquejan la región o que la caracterizan desde sus tradiciones, cultura material e inmaterial, poblaciones y grupos étnicos, género y ambiente, entre otros aspectos.

El AECA está dirigido a personas interesadas en la realidad actual e histórica de la región centroamericana. Actualmente, se encuentra en índices rigurosos como SciELO, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Latindex, REDIB, entre otros.