

# artículos

## "La voluntad política y la participación de la comunidad en la atención de la Salud Primaria en Costa Rica"

Lynn M. Morgan\*

---

CRITICA EL CONCEPTO DE "VOLUNTAD POLITICA" POR MEDIO DE LA EXPERIENCIA DE COSTA RICA EN LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN LA SALUD EN EL PERIODO 1973-1985, E IDENTIFICA TRES PROBLEMAS CON DICHO CONCEPTO.

### Introducción

Este documento critica el concepto de la "voluntad política" por medio del análisis de la experiencia de Costa Rica en la participación de la comunidad en la salud entre 1973-85. A pesar de un compromiso de largos años del Estado con los programas de bienestar social, Costa Rica no ha sido capaz de lograr una participación activa y sostenida en los programas gubernamentales de salud rural, parcialmente debido a los conflictos de los prosélitos sobre su ejecución. Es muy poco probable que

la "voluntad política" pueda tener éxito en países donde el compromiso del Estado con el bienestar social es menos obvio que en la Costa Rica estable y democrática. Este documento identifica tres problemas con el concepto de la "voluntad política": 1) enfocando países individuales, desplaza la atención de las agencias internacionales de salud, las que tan a menudo determinan las políticas de salud de un país pobre; 2) implica que los estados son entidades monolíticas, que abarcan coaliciones unificadas, en lugar de grupos competitivos involucrados en una lucha constante sobre las políticas; 3) desvía la mirada analítica de las desigualdades globales y de las relaciones de dependencia internacional que contribuyen a la pobreza y a la mala salud. En lugar de culpar a los países

---

\* Ph.D. Departamento de Sociología y Antropología, Mount Holyoke College, South Hadley, Massachusetts. U.S.A. Mayo de 1989.

Traducción de María Cecilia Alvarado Van Patten.

pobres por su supuesta "falta de voluntad política" las organizaciones internacionales para la salud deberían examinar cuales factores las condujeron a rescindir su compromiso con la participación de la comunidad en la salud.

**Voluntad política,  
participación  
de la comunidad,  
economía política  
de la salud, atención  
de la salud primaria, Costa Rica**

Cada vez más ha llegado a ser un dicho trillado entre los expertos internacionales de la salud citar a la "voluntad política" como un factor necesario para el éxito de los programas de salud primaria en los países menos desarrollados (Haistead, Walsh y Warren 1985). Los fiscales de los progresos en la salud en Costa Rica, Cuba, China, Sri Lanka y en el estado de Kerala en la India, han incitado a los analistas para que sugieran que la "voluntad política" o la "voluntad política y social" puede explicar las mejoras en la salud. Ahora se ofrece la "voluntad política" como una receta para otros países que están tratando de lograr resultados similares.

Sin embargo, pocos han intentado explicar en forma clara y precisa lo que significa la "voluntad política" o especificar las condiciones bajo las cuales la "voluntad política" conduce a mejoras en la salud. Por lo general, el término se usa vagamente para significar la voluntad y la habilidad de un país para comprometer recursos finan-

cieros, técnicos y humanos para los servicios primarios de salud. Rosenfield hace una lista de 5 componentes de la "voluntad política y social" incluyendo al "compromiso histórico con la salud como una meta social, la orientación del bienestar social hacia el desarrollo, la participación difundida en el proceso político, la equidad, y los vínculos intersectoriales para la salud" (1985:175-176) Bryant describe un fenómeno similar en términos de un "sentido de moralidad social". Declara, si éste se fortalece "se puede superar los obstáculos -políticos, técnicos y económicos- para la salud para todos" (1988). Chen expresa, "los éxitos en la salud en los países en desarrollo han sucedido precisamente en aquellas sociedades que han adoptado fuertes políticas gubernamentales y han hecho inversiones del sector público en servicios de salud" (Chen 1989:122).

Este documento argumenta que el énfasis reciente que ponen las agencias internacionales sobre la "voluntad política" está mal dirigido en tres maneras. Primero, la voluntad política enfoca la atención analítica sobre un país individual, dirigiendo la atención en esta forma lejos del rol crucial jugado por las propias agencias al determinar las políticas de salud de los países menos desarrollados. Segundo, implica que las estructuras políticas dentro de cada país abarcan grupos unificados los que puede escoger forjar una política nacional unificada sin considerar cómo los conflictos internos pueden inhibir este proceso. Tercero, implica que las mejoras en la salud dependen simplemente del compromiso de los líderes nacionales, desviando así

la atención de las relaciones globales de la dependencia y de la desigualdad institucionalizada que crean y perpetúan la pobreza y la mala salud en muchos países menos desarrollados.

Esta discusión de la "voluntad política" se centrará sobre los esfuerzos de Costa Rica para aumentar la participación de la comunidad en la salud entre 1973-85. Costa Rica ofrece una rara oportunidad para estudiar las intrincaciones de la "voluntad política" porque es ampliamente reconocida como un país estable y democrático con una larga historia del compromiso del Estado con programas extensos de bienestar social, especialmente en los reinos de la educación y de la salud. El grado de compromiso popular y político con la atención a la salud en Costa Rica no tiene rival, tal vez, en el mundo. Si la voluntad política debiera ser evidente en algún lado, debería evidenciarse en los programas recientes de Costa Rica para expandir e intensificar su compromiso con la salud. Sin embargo, la "voluntad política" no condujo a la participación de la comunidad no institucionalizada auspiciada por el gobierno de Costa Rica, cuestionando la utilidad del concepto. ¿Puede la voluntad política posiblemente a conducir a cambios positivos en los países donde el aparato político puede ser mucho menos receptivo? ¿O es el concepto en sí una quimera?

El programa de salud primaria rural de Costa Rica fue iniciado en 1973 como parte de un programa nacional ambicioso y bien financiado para mejorar el acceso a la atención para la salud. Las estadísticas recopiladas en

1980, mostraron que el programa había sido sumamente exitoso (véase Jaramillo Antillón, 1984; Ministerio de Salud 1981; Rosero Bixby 1985). Se le dio crédito por haber reducido la mortalidad infantil y las tasas de las enfermedades infectocontagiosas, por haber aumentado la expectativa de vida y por haber llevado la atención médica a las regiones rurales menos atendidas del país. Sin embargo, la cobertura universal y un mejor acceso constituyeron solamente dos elementos de la estrategia global para la atención de la salud primaria explicada en forma clara por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF en 1978: el artículo IV del Documento de Alma Ata también expresó, "Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y en la ejecución de la atención a su salud" (OMS y UNICEF 1978:3). En esta forma la comunidad internacional de la salud hizo de la participación de la comunidad el otro pilar esencial de la atención a la salud primaria (PHC, sigla en inglés). En Costa Rica, sin embargo, la participación de la comunidad, inicialmente no había sido parte del programa de salud rural del gobierno. Los intentos de parte de varias administraciones para reconciliar esta diferencia entre la política nacional y la internacional condujo a una serie de conflictos entre los partidos.

La participación de la comunidad en la salud fue un asunto controversial para el programa de PHC de Costa Rica durante los últimos años de la década de 1970 y los primeros de la década de 1980. A pesar de un compromiso expresado con la estrategia de

OMS/UNICEF, el Ministro de Salud nunca fue capaz de lograr el involucramiento activo y continuado de los miembros de la comunidad en sus programas de salud rural. El Ministerio hizo esfuerzos para fomentar la participación: entre 1978-82 participación popular fue el soporte de la agenda social del gobierno. Sin embargo, la participación de la comunidad en la salud estaba tan politizada, como un asunto en disputa entre los dos principales partidos políticos de Costa Rica, que nunca llegó a ser una característica permanente de la atención a la salud rural. Finalmente en 1985, se desbandó oficialmente la unidad de la participación de la comunidad del Ministerio de Salud. En 1985, Costa Rica no apoyó ningún esfuerzo institucionalizado para fomentar la participación de la comunidad en la salud.

Algunos expertos internacionales de la salud aseveran que existe una relación directa, lineal e identificable entre la organización sociopolítica y la participación en la salud. Por ejemplo, un analista de la Organización Panamericana de la Salud expresa:

Los gobiernos totalitarios permitirán un tipo de organización y de participación que está predeterminado y estrictamente controlado y definido; un gobierno socialista también tendrá predefinido el estilo de participación, sin embargo, la participación ciertamente será fomentada; y un gobierno democrático, muy probablemente, tendrá una participación definida del nivel central, pero estará más abierto a que los enfoques estén reorientados e in-

fluenciados por la comunidad. (Rice 1988:8; véase también Cardona Osorio 1988).

Esta declaración implica que el consenso gubernamental es posible dentro de estados de cualquier tipo, pero esta conclusión es desafiada por el caso de Costa Rica. Algunos analistas razonaron que el estado fuerte y estable de Costa Rica, influenciado por una orientación social democrática sería particularmente conducente para el éxito de un programa de salud primaria participativo (González Vega 1985; Bossert 1983). De hecho, un analista predijo que si la participación de la comunidad iba a funcionar en alguna parte del mundo, funcionaría en Costa Rica (Bergsma 1980). Otros (por ejemplo Segall 1983) han argumentado que la organización sociopolítica no está relacionada en tal forma determinística a la política de la salud, porque en ninguna parte el Estado es una entidad monolítica. Este segundo enfoque necesita una visión diferente del Estado de Costa Rica, representándolo como una alianza foja y conflictiva de clases sociales y de grupos de interés en la que el consenso del Estado se logra rara vez. También es útil en esta coyuntura distinguir al "estado" del "gobierno", definido este último como una administración específica en el poder durante cualquier término presidencial de 4 años. Los cambios en el gobierno traen consigo cambios en las políticas que pueden o no apoyar el legado histórico del estado. En este punto de vista, por lo tanto, las mejoras en la salud ocurren a pesar de los conflictos divisivos de los partidos, en lugar de debido a una unidad de la voluntad

política. Como lo veremos en el caso de Costa Rica, la participación en la salud se tornó un asunto conflictivo entre los dos principales partidos nacionales, y la refriega resultante cuestiona seriamente la aseveración de que en Costa Rica existe la "voluntad política". O, de existir, este caso cuestiona si la "voluntad política" es suficiente para garantizar la ejecución de parte del Estado de una recomendación particular de política internacional.

Los datos para el análisis siguiente se derivan de 15 meses de investigación de campo en Costa Rica entre 1983-85. El propósito del estudio era el de analizar (conforme lo sugirieron los funcionarios en el Ministerio de Salud) por qué las comunidades rurales no estaban participando más activamente en los programas de salud rural del gobierno. La investigación de campo incluyó la investigación en los archivos sobre la historia de la salud rural, un estudio etnográfico detallado de la comunidad y extensas entrevistas formales e informales con políticos de alto nivel; planificadores de la salud, funcionarios en el Ministerio de Salud, representantes de las agencias internacionales de salud, organizadores de la comunidad y trabajadores de la salud rural.

### **La atención de la salud primaria y la participación de la comunidad en Costa Rica**

Varios años antes de que la Conferencia de Alma Ata publicara la estrategia global para la atención par- julio-diciembre/1990

ticipativa a la salud primaria, Costa Rica ya había comenzado a extender los servicios de salud a las áreas rurales, a bajo costo, utilizando a los trabajadores de la salud en los pueblos. El programa de salud rural comenzó en los primeros años de la década de 1970 bajo la administración del Presidente José Figueres Ferrer, luminaria política y patriarca del partido Social Demócrata, Partido Liberación Nacional (PLN). El PLN ha controlado la rama legislativa del gobierno de Costa Rica desde los últimos años de la década de 1940, mientras que la rama ejecutiva del gobierno ha alternado entre el PLN y varios candidatos de la oposición. El PLN tiene una reputación como el campeón del involucramiento del estado en el sector público y como un partido progresivo socialmente, históricamente con fuertes compromisos para la separación de la iglesia y del estado, con la educación pública gratuita y con una red extensa de servicios de salud y de seguridad social. Entre 1973 y 1978, el Ministro de Salud bajo Figueres y bajo su sucesor, Daniel Oduber, construyó 218 puestos rurales de salud en regiones mal servidas del país (Ministerio de Salud 1984:112), adiestró a los trabajadores para la salud rural y comenzó campañas extendidas de vacunación y de nutrición bajo vigilancia continua.

Durante esta fase la participación de la comunidad tenía muy poca prioridad. Los funcionarios del Ministerio de Salud escogieron las ubicaciones para los puestos de salud y visitaron las comunidades para explicar el programa, pidiéndoles a las comunidades que proporcionaran sitios para sus centros

de salud. Posteriormente los empleados del Ministerio formaron comités de salud en cada área. Cuando se les preguntó por qué se había llevado a cabo este desarrollo, un funcionario de alto nivel del Ministerio involucrado en esta fase de las actividades replicó,

¿Por qué? Para ayudar al puesto de salud. Debido a que existían unas cuantas cosas que les dijimos a las comunidades que tendrían que proporcionar, por ejemplo alcohol y otras necesidades básicas. Esto era muy importante, porque de esta forma las comunidades sentían la obligación de buscar contribuciones (financieras) de modo que ellas mismas ayudarían a los puestos de salud. En esta forma las personas estaban trabajando para la comunidad, y la comunidad estaba completamente informada de lo que estaba sucediendo... De lo anterior surgieron comunidades organizadas por sus propias actividades. (Fieldnotes, Octubre, 1985).

Estos esfuerzos iniciales para involucrar a las comunidades locales en la atención de la salud primaria fueron superficiales y en el mejor de los casos utilitarios. En otras palabras, fueron diseñados para beneficiar al Estado, trasladando algunos de los costos del programa a la ciudadanía rural. Este punto de vista era compartido por los costarricenses que entrevisté, incluyendo a aquellos que habían estado involucrados en el establecimiento del programa. No fue sino hasta 1978, cuando se distribuyó el Documento de Alma Ata, que la participación de la

comunidad se tornó el foco de la atención internacional y nacional.

El movimiento internacional para la atención primaria de la salud estaba basado en la premisa de que los gobiernos deberían proporcionar atención gratuita a la salud o de bajo costo a las poblaciones no atendidas (OMS y UNICEF 1978:3). Los dos principales dogmas de la atención a la salud primaria –un mejor acceso a los servicios básicos de salud y la participación de la comunidad en la salud– fueron en esta forma contingentes de la cooperación y del compromiso de los gobiernos miembros. El Documento de Alma Ata implicó que la "voluntad política" sería esencial si la atención primaria a la salud se iba a traducir en programas sociales significativos: "Los gobiernos tienen una responsabilidad por la salud de sus gentes la que sólo pueden cumplir proporcionando medidas de salud adecuadas y medidas sociales" (OMS/UNICEF 1978:3). La participación de la comunidad en la salud fue un índice importante de la "voluntad política" porque retaba a los gobiernos a involucrar a los ciudadanos comunes en la valoración de sus necesidades de salud, definiendo los problemas, estableciendo prioridades y ayudando a ejecutar y a evaluar el éxito de los programas de salud. La definición de la participación expuesta por la OMS y la UNICEF iba más allá de las medidas utilitarias puestas en efecto por los planificadores de la salud de Costa Rica en los primeros años del programa de salud primaria: ésta sugería que la participación conduciría hacia una mayor equidad social a través del involucramiento de la comunidad en la planificación,

la ejecución y la evaluación de los programas de salud auspiciados por el gobierno.

Alrededor de los últimos años de la década de 1970 todos los gobiernos de América Latina habían establecido programas rurales o de atención primaria a la salud. Los ministerios de salud a través de la región crearon e institucionalizaron programas de participación de la comunidad en respuesta al mensaje inequívoco de las agencias internacionales, las que esencialmente habían dicho, "extienda la cobertura de salud a las áreas rurales y establezca programas de participación de la comunidad, como una forma para lograrlo". Los países con sistemas políticos vastamente diferentes respondieron al llamado con programas extraordinariamente similares (al menos en el papel). El Ministerio de Salud de Costa Rica necesitaba reconsiderar su posición sobre la participación de la comunidad si iba a cumplir plenamente con el espíritu del mandato de Alma Ata.

El mismo año que se puso en circulación el Documento de Alma Ata, el PLN perdió la presidencia al ganar la oposición Social Cristiana conocida como el Partido Unidad Social Cristiana (PUSC). El PUSC es el más conservador de los dos partidos políticos principales de Costa Rica. Está constituido por una coalición de las fuerzas de la oposición que se juntó para apoyar el mercado libre, las políticas económicas del *laissez-faire* y la privatización de las empresas públicas. El PUSC extrae a sus constituyentes de las familias históricamente asociadas con la élite agrícola-exportadora de país, y de

aquellas trabajadores rurales que recuerdan las garantías laborales instituidas por el Presidente Calderón Guardia, durante los años de la década de 1940. Sin embargo, el nuevo presidente, Rodrigo Carazo, provenía del ala progresiva del PUSC. Fue una extraña combinación, un Presidente Socialmente progresista de un partido fiscalmente conservador. Carazo imaginó un componente social popular de su administración, ampliamente divulgado y escogió como el foco de sus esfuerzos la participación de la comunidad en salud.

Concedor de las surgientes tendencias internacionales en la salud primaria, Carazo construyó un programa que fue, con mucho, el más ambicioso de su tipo en la historia del país. Fomentó la participación de la comunidad en toda la nación a través de la creación de comités locales de salud y asociaciones regionales de salud. La participación de la comunidad en la salud fue un escogimiento astuto desde el punto de vista internacional, porque Costa Rica podría acrecentar su posición entre las naciones menos desarrolladas sometiéndose a los mandatos de Alma Ata. El deseo de prestigio internacional no fue el único incentivo con el que se conformó el país cargado de deudas: creando una buena reputación entre las agencias internacionales, Costa Rica estaría más capacitada para competir por los fondos que éstas controlan. La atención a la salud primaria, originalmente una iniciativa doméstica, en esta forma tomó mayor significancia después de la conferencia de Alma Ata.

Los miembros del equipo de Carazo para la participación de la comunidad no me dijeron que la presión internacional había influenciado su decisión para fomentar la participación de la comunidad en la salud, a pesar de la coincidencia, obvia, de que su programa se inició el mismo año de la Conferencia de Alma Ata. Presentaron la participación de la comunidad en la salud como una iniciativa doméstica soñada por los miembros de su partido. La participación de la comunidad en la salud, me dijeron, sería el comienzo de una nueva era. A través de ésta abolirían el antiguo sistema de padrinzago político y forjarían una nueva relación entre el gobierno y la comunidad. En el futuro, dijeron, las necesidades de la comunidad determinarían la política del Estado y –más radicalmente– la asignación del presupuesto nacional.

De acuerdo con un burócrata en el equipo de participación de Carazo, el programa fue diseñado deliberadamente para transformar la estructura política por medio de la eliminación de los caudillos políticos tradicionales en el campo y reemplazando el sistema de padrinzago político con representantes locales democráticamente electos. El énfasis puesto por mi informante para fojar un orden más democrático era el tipo de retórica política que llamaba la atención a los valores nacionales de Costa Rica, sin embargo su impacto no pasó desapercibido tampoco por las agencias internacionales. Alrededor de 1980 la Organización Mundial de la Salud había reconocido a Costa Rica como un ejemplo del éxito, citando tanto la fortaleza del sistema democrático del país como las mejoras

dramáticas en los indicadores de salud de país en la década previa (véase Casas y Vargas 1980; Harrison 1980 y Horwitz 1987). El caso de Costa Rica "probó", desde la perspectiva de las agencias, que la atención a la salud primaria y la participación de la comunidad tendrían éxito para mejorar la salud siempre y cuando un gobierno tuviera la voluntad política para ejecutar las recomendaciones de la OMS/UNICEF (véase González Vega 1985; Oduber 1987; Sáenz 1985).

La paradoja, por supuesto, fue que los Miembros del Partido Liberación Nacional pensaron que su partido había demostrado la "voluntad política" para instituir la atención a la salud primaria durante la administración de Figueres. Consideraron el programa de Carazo para la participación de la comunidad como una manifestación de la naturaleza solapada, doble e hipócrita de su partido. Indicaron que Carazo era responsable de haber recortado el presupuesto para la salud y de cerrar los centros rurales de salud mientras que se congratulaba por fomentar la participación. En suma, los planificadores de la salud y los políticos del PLN estaban furiosos. Bajo otras circunstancias se podría haber esperado que el PLN apoyara la participación de la comunidad. Después de todo eran el partido con el legado histórico de fomentar el involucramiento del Estado en los programas de bienestar social. Sin embargo, los miembros del PLN estaban encolerizados por lo que consideraron un intento del PUSC para robarse el crédito por el programa de salud rural construido bajo los auspicios del PLN. No querían ver que la administración

Carazo recibiera ya sea el crédito internacional o el doméstico por haber incrementado la atención rural a la salud, de modo que los diputados del PLN en la Asamblea Legislativa consistentemente bloquearon los intentos legislativos para institucionalizar la participación de la comunidad en la salud. Los miembros del PLN también formularon el cargo de que Carazo estaba tratando de solidificar la raíz misma de su base política estableciendo comités para la salud rural cuyos miembros serían elegidos dentro del propio partido de Carazo. No obstante, no aceptaban la responsabilidad de politizar la participación de la comunidad en la salud. El propio Carazo había hecho eso, dijeron, cuando se robó el crédito del programa de PHC establecido bajo Figueres y Oduber. Paradójicamente, entonces, a pesar de que el PLN ha estado filosófica e históricamente inclinado a apoyar un programa como el de la participación de la comunidad en la salud, sus miembros estaban obligados, por su propio sentido de lealtad hacia el partido, a oponerse a éste.

La participación de la comunidad también encontró oposición en los ideólogos que la interpretaron en términos de una polarización creciente entre los "comunistas" y los "demócratas". Los costarricenses han sido históricamente fervientes anticomunistas (véase Ameringer 1982), sin embargo, las guerras civiles intensificadas en Nicaragua, El Salvador y Guatemala hicieron que los costarricenses se tornaran particularmente sensibles a los cargos de la infiltración comunista durante los primeros años de la década de 1980. Estos temores se incremen-

taron por los informes sensacionalistas en la prensa nacional conservadora, alegando, por ejemplo, que los comunistas costarricenses se estaban adiestrando en Nicaragua (La Nación Mayo 3, 1985) y que los cubanos habían adiestrado a 700 izquierdistas costarricenses (La Nación julio 21, 1985). En este contexto, fue fácil reinterpretar la participación de la comunidad como una amenaza potencial a la democracia y a la estabilidad política. Oí alegaciones frecuentes (siempre vigorosamente negadas por los miembros del equipo de Carazo) de que los miembros principales del equipo de participación en el Ministerio de Salud habían sido organizadores comunistas. Ya fuera que los cargos tuvieran una base o no, es significativo que la participación en la salud llegó a ser el foco de que los acusaban de ser comunistas. La administración del PLN que llegó al poder en 1982 podría usar estos alegatos del comunismo para justificar una purga del equipo de participación en el Ministerio de Salud y para retratarse a sí misma como la protectora de los ideales democráticos nacionales.

Los factores económicos también contribuyeron a la declinación de la participación de la comunidad. Cuando Luis Alberto Monge del PLN ganó la elección presidencial de 1982, el país estaba en una recesión económica severa. Las familias que vivían por debajo de la línea de la pobreza habían subido de 25% en 1977 a 71% en 1982 debido a una alta inflación (Castro Gutiérrez 1983) y estaba creciendo la intranquilidad social. La moneda había sido devaluada en 1980 y los pagos de los préstamos se habían interrumpido

en 1981. El Fondo Monetario Internacional demandó reducciones en el gasto del sector público, lo que causó serias ramificaciones para el sector salud. Musgrove (1986:154) cita datos del Banco Interamericano de Desarrollo mostrando que el verdadero gasto público para la salud por persona descendió más del 40% en Costa Rica entre 1980 y 1983. En los primeros meses de 1982 los doctores iniciaron una huelga demandando un incremento salarial; el costo de importación de las medicinas se incrementó alrededor de 400% y se cerraron numerosos centros de salud rural. El movimiento en espiral de los costos de salud y los alegatos de la mala calidad de la atención hicieron que estallara un debate nacional sobre la cordura de la atención médica auspiciada por el Estado, con algunos sectores pidiendo la "reprivatización" de los servicios (Mesa-Lago 1985; Morgan 1987).

Dentro de este contexto, la administración de Monge no estaba inclinada a darle alta prioridad al programa de Carazo de participación de la comunidad. El programa pudo haber sido desbandado inmediatamente si los administradores no hubieran estado preocupados por la reputación internacional de Costa Rica. La participación de la comunidad todavía estaba siendo fomentada por las agencias internacionales y Costa Rica dependía más de su apoyo y aprobación. Hubiera sido tonto de parte de la administración entrar a eliminar el programa completamente. En su lugar la administración de Monge decidió retener el programa en su nivel mínimo hasta 1985, cuando callada-

mente se desbandó. Las características de la democracia costarricense como las elecciones ordenadas y la transferencia pacífica del poder, no pudieron garantizar el compromiso continuado del Estado con la participación de la comunidad en la salud en los primeros años de 1980. Sin embargo, el concepto de la participación continuó recibiendo atención entre los planificadores nacionales de la salud, en parte porque la retórica era consistente con los valores nacionales de Costa Rica. Si los líderes fueran a admitir públicamente que ya no apoyaban la participación de la comunidad, en efecto, estarían admitiendo que estaban rescindiendo su compromiso con la democracia (Morgan 1989). Por esta razón la ideología y la retórica de la participación continúan siendo importantes. En 1987 por ejemplo, el Ministro de Salud saliente escribió que, "la participación de la comunidad ahora es considerada como esencial para el funcionamiento exitoso de los servicios de salud del país" (Jaramillo Antillón 1987:145). Otro médico y administrador público costarricense escribió en 1988 sobre la necesidad de alcanzar "una concepción nacional inequívoca" sobre la participación en la salud como un medio para lograr la participación efectiva en la salud (Villalobos Solano 1988:57). A pesar de su optimismo, ahora pareciera que nunca habrá un consenso nacional político sobre el tópico. Dada la importancia internacional y el valor de las relaciones públicas del concepto de la participación, sin embargo, yo predeciría que los políticos costarricenses y los activistas continuarán

hablando sobre la participación en la salud por algún tiempo.

### **La voluntad política, una nueva versión**

Una pregunta más fundamental es sí el concepto de "voluntad política" ayuda a explicar las mejoras de salud en Costa Rica. Los que argumentarían que sí, podrían citar la fuerte inversión en salud como un porcentaje del PNB de Costa Rica (Garfield y Rodríguez 1985:937, González Vega 1985:149). Podrían mencionar que los indicadores de la salud tales como las tasas de mortalidad infantil y la expectativa de vida han mejorado dramáticamente desde que se comenzó el programa de salud rural de 1973 (Jaramillo Antillón 1984). Podrían relacionar estas mediciones con la naturaleza democrática del régimen e inferir, como lo hace Bossert (1983:435), que un "Estado fuerte, estable, progresivo y democrático" está asociado con la ejecución de las iniciativas de la salud primaria.

En cierto grado, los proponentes de "la voluntad política" están en lo correcto. Costa Rica ha tenido, indisputablemente un compromiso nacional con la salud desde 1940, y ese compromiso a menudo ha logrado trascender los conflictos entre los partidos. A este respecto, Costa Rica es excepcional y sus logros merecen la aclamación internacional que el país ha recibido. Sin embargo, como un apoyo al concepto de la "voluntad política" este tipo de razonamiento descuida el carácter contingente, históricamente específico de muchas de las políticas de salud. La participación de la comunidad en Costa julio-diciembre/1990

Rica pudo haber tenido un resultado totalmente diferente si se hubiera introducido en un ambiente político menos cargado. Sin embargo, muchas discusiones sobre la "voluntad política" han asumido erróneamente que un compromiso del estado con la salud, una vez evidenciado, de ahí en adelante sería suficiente para superar las divisiones internas y la lucha entre los partidos.

Por otra parte, los críticos del poder explicativo de la "voluntad política" podrían hacer referencia al compromiso inconstante con la participación en la salud en Costa Rica. ¿Cómo es posible concluir que existe la "voluntad política" en un país donde los partidos políticos socavan una característica central de la atención a la salud primaria? Los eventos descritos anteriormente muestran un país internamente dividido con muy poco consenso nacional sobre este asunto particular, en esta conexión debemos culpar el paradigma. El concepto de la "voluntad política" coloca demasiada responsabilidad para la acción en los líderes nacionales, sin dirigir el impacto de las agencias de salud internacionales sobre las agendas nacionales de salud. No es posible comprender por qué Costa Rica enfatizó la participación en la salud entre 1978-82 sin entender la presión ejercida por las agencias internacionales. Entre 1978 y a mediados de la década de 1980, la participación de la comunidad en la salud era un símbolo, tal vez aún un sustituto de la democracia participativa. El símbolo no fue concebido y promulgado por ningún país sino por el consenso frágil entre las agencias de

desarrollo que han llegado a dominar los programas de desarrollo de América Latina durante los últimos 25 años. La participación de la comunidad fue y continúa siendo, un componente especialmente poderoso de la ideología política en Costa Rica, un país que se siente orgulloso de su herencia democrática. Sin embargo, la participación de la comunidad nunca hubiera sido llevada a los extremos a la que se llevó en la administración de Carazo si no hubiera sido por los incentivos ofrecidos por las agencias internacionales. La reputación de Costa Rica se intensificó marcadamente entre las agencias internacionales por el entusiasmo con que el país ejecutó las recomendaciones de Alma Ata.

Atribuirle a la "voluntad política" el éxito del país en lo que respecta a la salud, desvía la atención de las agencias internacionales que conducen la política. La OMS, la UNICEF y la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) escogen y fomentan los símbolos de la salud para ser usados por los países en desarrollo alrededor del mundo ¿Quién no ha oído "Salud para todos en el año 2.000" o la "atención a la salud primaria" o más recientemente, la "supervivencia del niño" o la "atención a la salud de la madre"? Las agencias también financian estos programas, vertiendo millones cada año sólo para favorecer los programas de la era. (Por ejemplo, el documento más reciente sobre la Asistencia para la Salud de la USAID informa a los presuntos solicitantes, "cuando se proponen a la A.I.D, para que los apoye, programas de salud más allá de las cuatro intervenciones directas de la su-

pervivencia del niño, se requerirá un peso de la prueba adicional para demostrar que son apropiados" (USAID 1986). La participación de la comunidad fue fomentada por las agencias de desarrollo como parte de un marco de referencia político-ideológico internacional el que buscaba mejorar los indicadores de la salud rural sin retar las estructuras político económicas básicas (véase Navarro 1984; Ugalde 1985). Para las agencias internacionales, la participación de la comunidad era el símbolo más esencial de un ideal alusivo: un proceso democrático de desarrollo rural el que sería controlado por el Estado pero construido por las personas locales utilizando sus propios recursos. Ahora que las tendencias internacionales de la salud han cambiado a favor de la supervivencia del niño, ya la participación de la comunidad no figura en su retórica (vease, por ejemplo, la revisión del documento sobre la Asistencia a la Salud de la USAID). Este traslado en las prioridades le permitió a los costarricenses quitar el énfasis en la participación de la comunidad en 1985 sin causarle un daño irreparable a su imagen internacional. Sin embargo, el énfasis en la "voluntad política" del país pasa por alto cómo las organizaciones internacionales de desarrollo afectan las políticas nacionales de salud.

Un énfasis sobre la "voluntad política" oscurece la relación entre la pobreza, el subdesarrollo y la enfermedad. Este en su lugar realza las extraordinarias y excepcionales mejoras en la salud hechas por un puñado de países pobres, implicando que la relación entre la enfermedad y el sub-

desarrollo pueden haber sido exageradas. Este razonamiento implica que si aquellos países pobres pudieran efectuar la transición a la salud entonces no existe una razón lógica por lo que otros no lo puedan hacer también. Se minimizan los impactos adversos de la crisis económica, debido a que en los países que poseen una "voluntad política" a los costos del bienestar social se les hará frente a pesar de los problemas económicos" (Rosenfield 1985:179). Por ejemplo, el lema organizador de un documento reciente de Costa Rica, pidiendo asistencia de la Comunidad Económica Europea para la Salud fue "Salud sin riquezas" (Ministerio de Salud 1985). Si es verdad que los indicadores para la salud pueden ser mejorados sin ganancias sustanciales en el PNB, y que las depresiones económicas no contrarrestarán las mejoras en la salud, entonces es lógico que el subdesarrollo no constituye una excusa para los altos niveles de enfermedad. Este razonamiento es excesivamente injusto para los países pobres que dependen de la exportación, muchos de los cuales han luchado por décadas para lograr la autonomía económica. Esta mentalidad de "culpar a la víctima" traslada la carga de la pobreza y de la enfermedad desde las relaciones económicas globales y sin equidad a los gobiernos empobrecidos, implicando que la salud llegará si es que tanto la desean.

En Centroamérica la relación entre las tendencias económicas y el apoyo para la participación de la comunidad era bastante obvia, durante los últimos años de la década de 1970 y los

primeros de la década de 1980. La tolerancia nacional e internacional para los programas de la participación de la comunidad disminuyó conforme se deterioraron las condiciones económicas. La revolución en Nicaragua en 1972, la intensificación de la guerra civil en El Salvador, y la intranquilidad social exacerbada por la crisis económica mundial se percibieron como amenazas para el futuro de los gobiernos democráticos. Bajo estas condiciones, la participación de la comunidad podría ser disociadora para la estabilidad gubernamental porque ésta proporcionó avenidas para canalizar la disidencia a los niveles políticos nacionales. Esta fue la paradoja extrema: la democracia se tornó más importante que nunca, pero la participación llegó a redefinirse como una amenaza al proceso democrático

### **La política, el paternalismo y la atención a la salud primaria**

Los economistas políticos de la salud han lamentado el hecho de que la corriente principal de la literatura sobre la salud a menudo pasa por alto a la política. El interés actual en la "voluntad política" pareciera rectificar esta situación. Sin embargo, en Costa Rica la relación compleja y contradictoria entre la salud y la política ha creado una situación en la que es casi imposible para los planificadores o los políticos nacionales discutir abiertamente las políticas de la salud rural; los costos ideológicos son demasiado grandes.

Como símbolos la "salud" y la "política" son absolutamente antitéticas. Que yo sepa, no existe una discusión abierta sobre las políticas, con respecto a la importancia o al significado de la "voluntad política" en el contexto costarricense. Por el contrario, los políticos y los funcionarios de la salud niegan cualquier relación evidente entre la salud y la política

"La salud está por encima de la política" es un aforismo que escuché a menudo en Costa Rica, especialmente en 1985 en los meses que precedieron a la elección presidencial. Un doctor costarricense me dijo esas palabras cuando me describió un conocido programa de salud de la comunidad que había dirigido por 30 años. Media hora más tarde, cuando la conversación cambió el tema de las elecciones venideras, el doctor me invitó a una reunión política en la que usó su nombre y su reputación para cabildear a favor del candidato que había prometido restaurar el presupuesto de su clínica.

La salud no está por encima de la política, como los expertos internacionales están comenzando a reconocerlo. La salud es un asunto profundamente político, sin embargo a aquellos que controlan las políticas de salud les interesa perpetuar la ilusión de que la salud es inmune a las consideraciones políticas. En Costa Rica, las personas de todos los lados del espectro político están de acuerdo en que la salud tiene un orden moral superior que la política. La salud está imbuida con las más altas connotaciones –altruismo, pureza, autocontrol, caridad, bondad– mientras que la política es considerada como un

mal necesario caracterizado por el engaño, la corrupción, la avaricia y el ansia de poder. La separación de estos dos realmos –la salud y la política– fue reafirmada en las entrevistas con los informantes provenientes del espectro político y socioeconómico, de los miembros más jóvenes de un comité de salud rural hasta los políticos más experimentados. Los costarricenses quienes públicamente usan los asuntos de salud para servir los fines políticos insistirán que están motivados por el deseo de erradicar la enfermedad y el sufrimiento y no por el deseo de maximizar el poder. El doctor en la campaña, mencionado anteriormente, admitió que tenía una reputación de cambiarse de un partido político a otro, pero esto es necesario, dijo, para salvaguardar la salud de la gente en su distrito. Construyó su influencia política en las batallas libradas en nombre de la salud pública.

En mantenimiento del desbalance moral entre la política y la salud es útil para los políticos, los que pueden inflar su propia posición moral expresando su preocupación por la salud. Un político que deliberadamente fomenta la salud se coloca a sí mismo, por medio de una asociación simbólica, más allá del negocio sucio de la política. Reforzando y perpetuando la idea de que la salud está sobre todo (i.e. es superior a e inmune a la política), los grupos políticos y de interés pueden manipular y manipulan la miriada de significados de la salud, para su propia ventaja percibida. Alford ha mostrado cómo los asuntos relacionados con la salud pueden servir "simultáneamente para proporcionar beneficios tangibles a las

varias élites y beneficios simbólicos a públicos masivos, aquietando la intranquilidad potencial, desviando las demandas potenciales y empañando la verdadera repartición de las recompensas" (1975:x). Los políticos pueden crear crisis de salud llamando urgentemente la atención a características previamente no problemáticas de los sistemas de salud.

Esto entonces les proporciona la oportunidad de acumular votos "resolviendo" cada una de las crisis. Las personas juzgan el éxito con un político, considerando los programas que inició y los esfuerzos que gastó, en lugar de fijarse si el programa en realidad cambió algo (Alford 1975:12).

Los roles de los políticos costarricenses en la salud rural son contradictorios. En el proceso del fomento de la salud los políticos apoyan y fomentan el paternalismo o la dependencia de los ciudadanos de la generosidad del Estado. El "paternalismo" ha sido usado en la etnología de América Latina para referirse a las relaciones sumamente personalizadas de patrón-cliente típicas del sistema de la hacienda social. En la actualidad, sin embargo, el Estado ha reemplazado en su mayor parte, al cacique tradicional intermediario del poder, y el paternalismo ha llegado a referirse a las relaciones entre el Estado y los ciudadanos locales. Sin embargo, a menudo los costarricenses invocan el paternalismo como una característica ubicua pero lamentable del carácter de la nación. Los políticos de Costa Rica citan al paternalismo como un impedimento para una mayor participación del ciudadano, pasando por alto la paradoja de que el paternalis-

mo es una característica inherente de su base de apoyo político. Si los políticos no ofrecieran beneficios directos paternalistas a sus constituyentes, habría muy poca razón para que los votantes los mantuvieran en el poder. Los políticos que hablan sobre la participación de la comunidad en la salud a menudo exageran la distinción entre paternalismo y participación, insistiendo en que aborrecen al primero y apoyan activamente a ésta última.

Consecuentemente, ¿cuál mejor combinación de símbolos que un político que se pronuncia por la participación en la salud? ¿Y no es la forma más efectiva de criticar a este político ("o a su partido"), la de asegurar que ha politizado la salud? Después de todo el que politiza la salud denigra uno de los valores más descollantes del país. Esto ayuda a explicar por qué el asunto de la participación de la comunidad en la salud permanece siendo susceptible en Costa Rica. Esto también nos debería recordar qué asunto más delicado sería, potencialmente una infracción de los valores nacionales, que los expertos internacionales le recordaran a los costarricenses que la salud depende de la "voluntad política". Los políticos han hecho grandes esfuerzos para elevar su preocupación por la salud sobre su preocupación por la política y no desearían que se les recordara a sus constituyentes que su preocupación por la salud depende de su astuta manipulación de la política.

## Conclusión

Sólo en su nivel más superficial puede la "voluntad política" explicar la

experiencia de Costa Rica con la atención a la salud primaria. El concepto no tiene el poder analítico o la especificidad necesaria para evaluar las relaciones entre la organización sociopolítica y el *status* de la salud. Este es un concepto problemático que dirige erradamente nuestra atención en tres formas. Primera, confundiendo la distinción entre "estado" y "gobierno" lo que implica que cualquier administración dada (gobierno) corresponderá con los patrones filosóficos e históricos de sus predecesores (organización del Estado). Esta iguala al tipo de regimen (por ejemplo, democrático o autoritario) con los tipos de políticas que se pondrán en efecto, a pesar de que admite que diferentes tipos de regimenes pueden exhibir o ejecutar la "voluntad política" en formas consistentes con sus formas específicas sociopolíticas. Sin embargo, pasando por alto la naturaleza sumamente contingente y específica de la situación de las iniciativas de las políticas particulares, la "voluntad política" implica que los estados son entidades predecibles, monolíticas en lugar de colecciones de clases y de intereses partidaristas en competencia. Este análisis muestra claramente que los gobiernos pueden adoptar aparentemente políticas inconsistentes cuando la situación lo justifica.

Segunda, el foco en la "voluntad política" desvía la atención del sistema mundial, de la desigualdad, de la dependencia y de la pobreza endémica global, citados por algunos como los principales impedimentos para la salud (Doyal 1979; Elling 1981; Sanders 1985). Tercera, el concepto de la

"voluntad política" encubre el rol influyente jugado por las agencias internacionales al establecer la política de salud nacional en los países menos desarrollados y desvía la responsabilidad de las políticas de la comunidad internacional de la salud que fracasaron.

Como una explicación para los éxitos aparentemente anómalos en la salud, el concepto de la "voluntad política" es vago e inútil; como una receta para el comportamiento es patrocinador y poco práctico. En lugar de culpar a los países pobres por una supuesta falta de "voluntad política", los expertos internacionales de la salud deberían de fijar la mirada hacia su interior, para examinar honestamente los constreñimientos políticos y económicos que los forzaron a renunciar a la participación de la comunidad en la salud. Necesitamos más investigaciones empíricas sobre la voluntad internacional, sobre la buena voluntad y la habilidad de las organizaciones internacionales para comprometer sus recursos -y su retórica- con estrategias de salud y de desarrollo de largo plazo diseñadas para el beneficio de los pobres.

### Agradecimiento

La investigación para este documento fue financiada por un Fulbright-Hays Doctoral Dissertation Research Abroad Award, con la asistencia adicional de una subvención para investigación de Sigma Xi, la Scientific Research Society, y el

Robert H. Lowie Fun de la Universidad de California, Berkeley, Departamento de Antropología. Mi agradecimiento para James Trostle, Alan Harwood, y los revisores por muchas sugerencias útiles, y especialmente a los muchos en Costa Rica quienes me ofrecieron sus discernimientos en estos eventos. Soy la única responsable por cualquier error de hecho o de interpretación.

### **Bibliografía**

- Alford, Robert. 1975 *Health Care Politics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ameringer, Charles D. 1982. *Democracy in Costa Rica*. New York: Praeger and the Hoover Institution Press.
- Bergsma, Hotze. 1980. Comments IN *Debaters' Comments on "Inquiry into Paarticipation: A Research Approach"* by Andrew Pearse and Matthias Stiefel. *Popular participation Programme Occasional Paper, Report No. 80.5., p.71*. Geneva: United Research Institute for Social Development.
- Bossert, Thomas John. 1983. Can We Return to the Regime for Comparative Policy Analysis? Or, the State and Health Policy in Central America. *Comparative Politics* 15:419-441.
- Bryant, John H 1988. Healt for all: The dream and the reality. *World Health Forum* 9(3):291-314.
- Cardona Osorio, Jorge. 1988. El concepto de salud, enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción. *Revista Centroamericana de Administración Pública* 12:103-136.
- Casas, Antonio y Herman Vargas. 1980. The Health System in Costa Rica: Towards a National Health Service. *Journal of Public Health Plicy* 1:250-279.
- Castro Gutiérrez, Marlene. 1983. *Economic Development and Nutrition in Costa Rica*. College of Human Resources, Title XII Program Publication No.9, University of Delaware.
- Chen, Lincoln. 1989. Comments on *Thoughts on Good Health and Good Government*, by Nancy Birdsall. *Daedalus* 118(1):89-123.
- Doyal, Lesley. 1979. *The Political Economy of Health*. Boston: South End Press.
- Elling, Ray H. 1981. The Capitalist World Sytem and International Health. *International Journal of Health Services* 11:21-51.
- Garfield, Richard M. y Pedro F. Rodríguez. 1985. Health and Health Services in Central America. *Journal of the American Medical Association* 254(7):936-943.
- González-Vega, Claudio. 1985. Health Improvements in Costa Rica: The socioeconomic Background. IN *Good Health at Low Cost. Proceedings of a Rockefeller Foundation Conference on Good Health at low Cost*, Bellagio, Italy, April 29-May 3,

- 1985 Scott B. Halstead, Julia A. Walsh, and Kenneth S. Warren, eds. pp. 147-158.
- Halstead, Scott B., Julia A. Walsh, and Kenneth S. Warren, eds. 1985. Good Health at Low Cost. Proceedings of a Rockefeller Foundation Conference on Good Health at Low Cost, Bellagio, Italy, April 29-May 3, 1985.
- Harrison, Paul. 1980. Success Story World Health February-March): 14-19.
- Horwitz, Abraham. 1987. Comparative Public Health: Costa Rica, Cuba and Chile. Food and Nutrition Bulletin 9(3):19-29.
- Jaramillo Antillón, Juan. 1984. Los Problemas de la Salud en Costa Rica. San José: Ministerio de Salud, Gobierno de Costa Rica.
1987. Changes in Health Care Strategies in Costa Rica. Pan American Health Organization Bulletin 21:136-148.
- Mesa-Lago, Carmelo. 1985. Health Care in Costa Rica: Boom and Crisis. Social Science & Medicine 21(1): 13-21.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Costa Rica. 1981. Salud en Costa Rica: Evaluación de la situación en la década de los años 70. San José.
1985. Priority Health Needs of Costa Rica. San José.
- Morgan, Lynn M. 1987. Health without Wealth? Costa Rica's Health System under Economic Crisis. Journal of Public Health Policy 8(1): 126-151.
1989. International Politics and Primary Health Care in Costa Rica. Social Science & Medicine. En prensa.
- Musgrove, Philip. 1986. The impact of the Economic Crisis on Health Care in Latin America and the Caribbean. WHO Chronicle 40(4):152-57.
- La Nación. 1985. a) Periódico afirma que comunistas ticos se entrenan en Nicaragua. 3 de mayo, 1985, p. 21A, San José, Costa Rica. b) Seguridad denuncia que Cuba ha entrenado a 700 izquierdistas. 21 de julio 1985, p. 8A, San José, Costa Rica.
- Navarro, Vicente. 1984. A Critique of the Ideological and Political Positions of the Willy Brandt Report and the WHO Alma Ata Declaration. Social Science & Medicine 18(6):467-474.
- Oduber, Daniel. 1987. The Costa Rican Experience in Improving Nutrition and Health Care. Food and Nutrition Bulletin 9(3): 15-18.
- Rice, Marilyn. 1988. Health Promotion, Education and Community Participation in the Americas: Reality or Myth? Hygie 7(2):7-11.
- Rosenfield, Patricia I. 1985. The Contribution of Social and Political Factors to Good Health IN Good Health at low Cost. Proceedings of a Rockefeller Foundation Conference on Good Health at Low Cost, Bellagio, Italy, April 29-May 3, 1985. Scott B. Halstead, Julia A. Walsh, y Kenneth S. Warren, eds. Pp. 125-138.
- Sáenz, Lenin, 1985. Health Changes During a Decade: The Costa Rican Case. IN Good Health at Low Cost. Proceedings of a Rockefeller Foundation Conference on Good Health at Low Cost, Bellagio, Italy, April 29-May 3, 1985. Scott B. Halstead, Julia A. Walsh y Kenneth S. Warren, eds. pp. 139-145.

- Sanders, David y Richard Carver. 1985. *The Struggle for Health*. London: Macmillan.
- Segall, Malcolm. 1983. On the Concept of a Socialist Health System: A Question of Marxist Epistemology. *International Journal of Health Services* 13:221-225.
- Ugalde, Antonio. 1985. Ideological Dimensions of Community Participation in Latin American Health Programs. *Social Science & Medicine* 21(1):41-53.
- United States Agency for International Development. 1986. *Health Assistance Policy Paper*. (Revised). Washington: U.S. Government Printing Office.
- Villalobos Solano, Luis Bernardo. 1988. Hacia una propuesta conceptual operativa de la participación comunitaria en salud. *Revista Centroamericana de Administración Pública* 12:51-58.
- World Health Organization and United Nations Children's Emergency Fund (UNICEF) 1978. *Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization