

# ¿Salud sin riqueza? El sistema de salud en Costa Rica bajo la crisis económica\*

Lynn M. Morgan\*\*

EN EL CONTEXTO COSTARRICENSE, ESTE ESTUDIO SUGIERE QUE, EN TIEMPOS DE CONTRACCION ECONOMICA Y MAYOR DEPENDENCIA, LAS POLITICAS DE SALUD DE LOS PAISES SUBDESARROLLADOS SERAN MAS MOLDEADAS POR PRIORIDADES POLITICAS Y ASISTENCIA FINANCIERA EXTRANJERAS QUE POR EL COMPROMISO DEL GOBIERNO LOCAL EN PRO DEL CUIDADO DE LA SALUD. "SALUD SIN RIQUEZA", O "HEALTH WITHOUT WEALTH" EN INGLES, ES EL "SLOGAN" QUE SINTETIZA EL RETO DE COSTA RICA.

Hace algunos años en las páginas de esta revista dos costarricenses analistas de política predijeron que, en la ausencia de desorden económico o político, Costa Rica pronto habría tenido un unificado sistema nacional de salud.<sup>1</sup> Sus condiciones de excepción fueron cuidadosamente escogidas. Desde que ellos escribieron, el país ha sufrido una crisis económica sin precedentes, resultando en serias repercusiones para el sistema de salud. El disturbio económico de los años ochentas ha detenido, y en algunos casos revertido las notables mejoras en la salud que Costa Rica logró durante la década de los setentas. El caso de Costa Rica muestra que en tiempo de recesión económica y dependencia incrementada, la política de salud de los países subdesarrollados es más

delineada por ideologías políticas extranjeras y asistencia económica extranjera que por el empeño del gobierno local por cuidar la salud. Este trabajo revisa la historia reciente del sistema de salud de Costa Rica y enfatiza los efectos de la crisis económica relacionados con la salud.

En los primeros años de los setentas el gobierno de Costa Rica hizo votos para componer el perfil nacional de la salud antes del final de la década. Cinco años antes de que la Organización Mundial de la Salud aprobaran la estrategia en la Conferencia Alma Ata en 1978; agencias internacionales como también nacionales, juntaron fuerzas en Costa Rica para crear una red de atención primaria a bajo costo que posibilitara un cuidado de la salud accesible a toda la población. En 1980, el gobierno había nacionalizado todos los hospitales del país<sup>2</sup> y casi todos sus profesionales en el área de la salud. También había extendido la cobertura de la seguridad social a todos sus ciudadanos, sin importar el salario u ocupación, y había provisto de la primera asistencia médica sistemática a regiones rurales del país. Entre 1970 y 1980 la mortalidad infantil disminuyó en un 69%, las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias bajaron en un 98% y las enfermedades transmisibles como la poliomielitis y la difteria fueron completamente erradicadas

\* Este artículo sparseo publicado en *Journal of Public Health Policy*, Vol. 18, No. 1, 1987, pp. 88-105. Es publicado con autorización de su autor.

\*\* Profesora de Antropología en Mount Holyoke College, South Hadley, Massachusetts 01076, Estados Unidos de América. Hizo el proyecto de investigación para la tesis de doctorado en antropología en Costa Rica durante 1985.

1. A. Casas y H. Veigas. "The Health System in Costa Rica: Toward a National Health Service". *Journal of Public Health Policy* 1, 260-279, 1980.

2. Todos los hospitales fueron traspasados a la Caja con excepción del hospital de San Ramón, que no fue traspasado hasta fines de 1984.

(ver los cuadros 1 y 2). En círculos internacionales, Costa Rica era citada como una "historia de éxito en el cuidado de la salud", y como modelo para programas de atención primaria en todo el mundo;<sup>3</sup> en Latinoamérica los indicadores de salud en Costa Rica eran los segundos después de Cuba.

Pero eso fue antes de la crisis económica. A fines de 1980 la economía se fue a pique, víctima de una exorbitante deuda externa, la subida del precio del petróleo y otras mercancías importadas, y la caída de los precios de los productos nacionales de mayor exportación. La crisis trajo pobreza creciente, una depreciación en

## CUADRO 1

### COMPARACION DE ALGUNOS INDICADORES DE SALUD 1970 y 1983

	1970	1983
Esperanza de vida al nacer	68 años	73,7 años
Tasa de mortalidad general (tasas por mil habitantes)	6,6	3,9
Tasa de mortalidad infantil (tasas por mil nacidos vivos)	61,5	18,6
Población asegurada por la Caja Costarricense de Seguro Social	39%	78 % (en 1982)
Población rural cubierta por el programa de salud rural del Ministerio de Salud	10,3% (en 1979)	56,9% (en 1982)

Fuentes: *Ministerio de Salud. Memoria Anual. San José, 1985; Dr. Juan Jaramillo Antillón. Los problemas de la salud en Costa Rica. San José, 1984.*

los salarios reales, y un deterioro de los niveles de vida. Ahora las agencias de salud costarricenses han adoptado un nuevo "slogan" optimista para la exportación: "salud sin riqueza" o en inglés "health without wealth". Ellas fácilmente reconocen que los recursos del país ya no son suficientes para mantener los altos niveles de salud establecidos en los pasados quince años. En el sector salud, los efectos de la crisis pueden ser percibidos en cuatro áreas: 1) el deterioro de la condición de

salud, ya que la pobreza contribuyó a índices de enfermedades más elevados; 2) las reducciones en la habilidad del gobierno para mantener los servicios médicos y de salud pública; 3) la mayor dependencia de ayuda extranjera en el financiamiento del sistema de salud; y 4) el creciente debate nacional sobre el papel del estado en el cuidado de la salud. Los resultados de la crisis fueron la reducción de los servicios de salud y el cuestionamiento del modelo de salud de Costa Rica, poco después de que una costosa infraestructura de salud fuera edificada y cuando la gente necesitaba más de los servicios de salud.

3. P. Harrison. "Success Story". *World Health*. 14-19, Feb., 1980.

## CUADRO 2

### MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSAS, SEGUN ORDEN DE IMPORTANCIA COSTA RICA, 1970 - 1983 (Tasas por cada 10.000)

Grupos de causas	1970		1983	
	Orden	Tasa	Orden	Tasa
Infeciosas y parasitarias	1	13,6	7	1,7
Del aparato circulatorio	2	12,9	1	10,8
Del aparato respiratorio	3	9,1	3	3,8
Síntomas y estado mal definidos	4	7,3	10	1,5
Tumores	5	6,6	2	7,6
Accidentes, envenenamientos y violencias	6	4,4	4	3,6
Afecciones originadas en el período perinatal	7	3,7	5	2,6
Del aparato digestivo	8	2,5	8	1,6
De las glándulas endocrinas y metabolismo	9	1,6	11	1,3
Anomalías congénitas	10	1,0	9	1,5

1. La orden para la posición número 6 (no citada) para 1983 es ocupada por complicaciones del embarazo y nacimiento. La tasa en 1983 fue de 2,6/10.000.

Fuentes: Ministerio de Salud. *Memoria Anual. San José, 1985.* Dr. Juan Jaramillo Antillón. *Los problemas de la salud en Costa Rica. San José, 1984.*

### Consolidando el cuidado de la salud patrocinado por el Estado 1941-1970

El sistema social democrático de Costa Rica ha sido por mucho tiempo notorio por sus extensivos programas de bienestar social. Reformas sociales y de salud de gran escala fueron puestas en marcha

durante 1940 bajo la administración del médico y presidente Dr. Rafael Angel Calderón Guardia. La más notable de estas reformas fue la que establecía un fondo nacional de seguridad social (la Caja Costarricense de Seguro Social, a la que nos referiremos en este artículo como la "Caja") en 1941. La Caja recaudaba un impuesto de la hoja de pago de los trabajadores, patronos, y del estado, con el cual proporcionaba un seguro médico a trabajadores incapacitados residentes en áreas urbanas y con empleos permanentes.<sup>4</sup> Durante los años cincuentas, el Esta-

4. M. Rosenberg. "Social Security Policymaking in Costa Rica: A Research Report". *Latin American Research Review*. 14:116-133, 1979.

do gradualmente asumió mayor responsabilidad por el bienestar social y económico de los ciudadanos costarricenses. El cuidado de la salud, sin embargo, no se encontraba durante este período entre las prioridades principales del gobierno. Evidentemente, durante los años cincuenta la cobertura de la seguridad social estaba limitada a un reducido segmento de la población, debiéndose esto a la incapacidad crónica del estado de cumplir con sus obligaciones financieras destinadas al fondo.<sup>5</sup>

Entretanto, la mayoría de los servicios de salud continuaron siendo provistos por una variedad de agencias pobremente coordinadas, siendo estas privadas, públicas, de caridad y sociales.<sup>6</sup> Durante la época de la Alianza para el Progreso (1961-65), el gobierno de Costa Rica comenzó a consolidar su control sobre la provisión de servicios de salud. En 1961, la Asamblea Legislativa pasó una enmienda constitucional ordenando a la Caja la cobertura de toda la población en el transcurso de la siguiente década. La cobertura fue subsecuentemente extendida a las familias de los empleados y a los trabajadores independientes, y de las ciudades de la meseta central a áreas rurales y de la periferia urbana. Pero en 1971, —cuando una cobertura total debía haberse alcanzado— solo el 43% de la población económica activa, y el 51% de la población total, había sido incorporada en el programa de seguridad social. Los esfuerzos de universalización no lograron concretar el mandato de 1961, pero el carácter del programa había sido cambiado a un seguro de salud y a un programa de jubilación basados en la amplitud; y el Estado había hecho un compromiso económico y político firme para proteger la salud de los

ciudadanos costarricenses.

Mientras se puede conceder a la iniciativa interna el logro de una gran parte de la expansión del sistema de seguridad social, agencias internacionales como la USAID y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) comenzaron a colaborar en la expansión del sistema de salud de Costa Rica durante este período.

### **Hacia la nacionalización del cuidado de la salud: los años setentas**

El estado de bienestar que se expandía asumió gran control sobre los sectores financieros, agricultores, industriales y de servicio público a principios de los años setentas.<sup>7</sup> El papel del Estado como benefactor social era especialmente evidente en el movimiento para crear un sistema de salud nacionalizado, iniciado en 1971 bajo la administración del Partido Liberación Nacional (PLN) con el presidente Figueres. El ambicioso y multifacético plan incluía las siguientes metas: 1) reorganizar las dos mayores agencias de salud del país para separar las responsabilidades de la Caja de las del Ministerio de Salud; 2) redoblar esfuerzos para universalizar la cobertura de la seguridad social; 3) transferir todas las facilidades médicas de la nación a la Caja; 4) poner al Ministerio de Salud como encargado del cuidado preventivo y atención primaria; 5) explotar todas las posibles fuentes de ayuda extranjera para el financiamiento de los cambios. Esto, que significaba una completa reestructuración del sistema de salud de la nación, efectivamente mejoró la salud de la población, pero la penetración de los cambios también sentó las bases para vehementes debates sobre el cuidado de la salud en 1980.

De acuerdo al nuevo plan, la Caja se hizo cargo de todo el cuidado curativo y servicios hospitalarios, mientras que el Ministerio de Salud fue hecho responsable de la prevención, saneamiento y de la atención primaria. Una serie de reformas

5. *Ibid.*, p. 124.

6. M. I. Roemer. *Medical Care in Latin America*. Washington, D. C. : Organization of American States, 1963.

7. Ver: H. Fallas. *Crisis económica en Costa Rica*. San José : Editorial Nueva Década, 1982.

J. L. Vega Carballo. *Poder político y democracia en Costa Rica*. San José : Editorial Porvenir S. A., 1982.

legislativas produjeron cambios en los requisitos de elegibilidad de la Caja, en las fuentes de los recursos económicos y en la propiedad de hospitales. Los cambios estaban diseñados para proporcionar la cobertura de la seguridad social a todos, liberar de la carga económica al estado, y consolidar el control de la Caja sobre todo el cuidado médico y todas las facilidades.<sup>8</sup> Bajo la reforma de universalización de 1971, la elegibilidad del programa fue ampliada para incluir a personas sostenidas por altos ingresos, las que habían sido eximidas de la inscripción al programa de seguridad social; esto aumentó los fondos de la Caja ya que el impuesto sobre la hoja de pago es calculado en proporción al salario. Utilizando este dinero para extender la cobertura a los pobres y desocupados, la reforma también construyó un "elemento estructurado de distribución transversal entre clases" incluido en el sistema.<sup>9</sup>

En 1974 los impuestos sobre la hoja de pago fueron modificados en cuanto a cantidad para así disminuir la contribución del estado: los trabajadores continuaron pagando el 4% de sus salarios, pero la contribución del patrón fue elevada de 5% a 6.75%, mientras que la contribución del estado fue reducida de 2% a 0.25%.<sup>10</sup>

El más importante y el más costoso de los cambios en la política de la Caja vino en 1973, cuando una ley que transfería todas las facilidades médicas a la Caja fue promulgada. La transferencia incluía construcciones, fuentes de equipamiento y personal. Hasta 1970, el Ministerio de Salud había administrado quince hospitales

y la Caja cuatro; en 1979, 27 hospitales (incluyendo varios hospitales privados) y un 92% de los médicos habían sido transferidos a la Caja.<sup>11</sup> En una cláusula que luego sería crítica, la ley exigía al estado asumir la responsabilidad del financiamiento en el caso de cualquier déficit operacional que pudiera resultar como consecuencia de la transferencia.<sup>12</sup>

El Ministerio de Salud, una vez relevado de sus funciones en la administración de hospitales, se concentró en el desarrollo de un programa de salud rural para dar servicios de atención primaria a regiones con atención mínima. Apoyado principalmente en contribuciones, préstamos y asistencia técnica de agencias internacionales tales como UNICEF, CARE, USAID y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El programa construyó 250 pequeños puestos de salud rural, distribuidos en toda la zona rural entre 1973 y 1979, los cuales eran atendidos por personal asistente de salud rural que eran entrenados para tal efecto y viajaban de puerta en puerta para proporcionar vacunas, vigilar la malaria y tuberculosis, recolectar estadísticas vitales, controlar el crecimiento y estado nutricional de los niños y enviar a personas a consultas con médicos para cuidado más especializado.<sup>13</sup>

Durante este período la ayuda extranjera no era tan vital para la Caja como lo era para el Ministerio de Salud, porque la infraestructura de salud de la Caja estaba mayormente en su lugar y apoyada por fondos nacionales. De cualquier manera, a mediados de los años setentas, una empresa común entre la Caja y el Banco Interamericano de Desarrollo, añadió tres nuevos hospitales regionales, tres hospitales rurales y doce clínicas.<sup>14</sup>

8. A. Casas y H. Vargas. *Op. cit.*

9. M. Rosenberg. *Op. cit.*, 129.

10. A. Casas y H. Vargas. *Op. cit.*

11. Costa Rica. Ministerio de Salud. *Salud en Costa Rica: Evaluación de la situación en la década de los años 70*. San José : El Ministerio, 1981.

12. \_\_\_\_\_ . Evaluación de la situación de salud en la década 1971-1980. San José : El Ministerio, 1980.

13. \_\_\_\_\_ . *Costa Rica: Extensión de los servicios de salud*. San José : El Ministerio, 1978.

14. A. Casas y H. Vargas. *Op. cit.*, p. 271.

## Exitosa historia del cuidado de la salud: 1980

A la vuelta de la década, el éxito de la reorganización del sector de la salud era evidente en las estadísticas. Mejoras dramáticas en la expectativa de vida, la mor-

talidad infantil y la mortalidad a causa de enfermedades infecciosas habían sobrepasado las metas definidas por la OPS y el Ministerio de Salud (ver cuadros 1 y 2). El Plan Nacional de Salud de Costa Rica había logrado un progreso significativo al alcanzar dos metas importantes: la universalización de la cobertura de la seguridad social y la concesión de acceso a áreas desamparadas. Analistas internacionales atribuyeron al programa de salud rural el mérito de haber alcanzado grandes mejoras en salud.<sup>15</sup> Un artículo en la revista de la Organización Mundial de la Salud, "World Journal", nombraba los logros en la salud de Costa Rica como "impresionantes" y decía que el programa de atención primaria de Costa Rica ofrecía al mundo una lección de como alcanzar la meta de Alma Ata de "salud para todos en el año 2000".<sup>16</sup>

El éxito de la reorganización del sector de la salud fue declarado como una victoria por ambos, el gobierno del PLN y las agencias internacionales de salud. Para las segundas, el éxito de Costa Rica era una vindicación de metas políticas y prioridades en el financiamiento. Costa Rica "probó" que el cuidado primario de la salud era capaz de mejorar los índices de la salud, particularmente en casos en los que las agencias tenían el apoyo activo y concienzudo del gobierno nacional. Mientras que muchos de los involucrados en la reorganización estaban de acuerdo en que aún quedaban problemas en 1980, ellos enfocaron estos problemas como vestigios del viejo sistema, los cuales podían

ser remediados fácilmente, y no como signos de defectos fundamentales en el plan total. Lo que ellos no anticiparon fue que la próxima crisis económica pondría sus planes en desorden.

## Crisis económica: los años ochentas

La recesión mundial de los años setentas tuvo un fuerte impacto en un país que importaba petróleo y exportaba café y bananos. Los términos de comercio deterioradores, el estancamiento en el sector de la agricultura para exportación, y una exorbitante deuda externa coincidieron con el rápido y costo crecimiento del sector público.<sup>17</sup> Los efectos locales de la crisis fueron atrasados hasta finales de 1980 cuando la moneda fue devaluada, la inflación comenzó a subir<sup>18</sup> y el producto nacional bruto descendió.

## Efectos sobre el nivel de salud

En 1986 los efectos de la crisis sobre la salud todavía estaban siendo debatidos. Los indicios estadísticos de mejoras en la salud se había nivelado, pero no habían declinado precipitadamente de la manera en que muchos expertos habían estimado. Algunos especularon que las figuras habían sido alteradas para transmitir mayor optimismo, mientras que otros alabaron al sector de salud por permanecer alejado de la crisis. Pero la salud nunca fue inmune a la crisis. Grandes in-flujos de ayuda exterior desde 1982 hasta 1986 han mitigado sin duda los efectos de la crisis sobre la salud, pero también es cierto que las estadísticas de salud disponibles no han sido suficientemente desmenuzadas para mostrar qué sectores de la población han sufrido más. Para evaluar estas tendencias, las figuras nacionales deben ser desagregadas para compa-

15. A. Casas y H. Vargas. *Op. cit.*

Costa Rica. Ministerio de Salud. *Op. cit.*

16. P. Harrison. *Op. cit.*

D. K. Zschock. "Health Care Financing in Central America and the Andean Region". *Latin American Research Review*. 15:149-168, 1980.

17. M. Edelman. "Recent Literature on Costa Rica's Economic Crisis". *Latin American Research Review*. 18:166-180, 1983.

18. La inflación subió de un 18% en 1980 a un 86% en 1982, según: Edelman. *Op. cit.*

"Inflación fue de 85.7% durante el año pasado". *La Nación* (C.R.), 17 de enero, 1983.

rar a las personas por categorías, como son ocupación, región geográfica, ingreso y grupo étnico. Estos datos precisos y desagregados no estaban tan abiertamente disponibles en 1986 como lo estaban en 1981; por ejemplo, pese a tener cuatro institutos de investigación controlando los niveles de nutrición en el país, hasta 1986 los datos de nutrición recolectados en 1982 todavía no habían sido dados a conocer por el Ministerio de Salud.

Pese a la escasez de datos, la mayor pobreza produjo, inevitablemente, niveles de nutrición y salud deteriorados. En 1977 el 25% de la población de Costa Rica estaba por abajo del nivel de pobreza, pero hasta 1982 el 71% de la población total y el 83% de la población rural vivía en la pobreza.<sup>19</sup> Desde la devaluación del colón en 1980, los salarios reales y el poder adquisitivo habían declinado (ver cuadros 3 y 4). En 1982, expertos en nutrición estimaron que un 111% del salario mensual promedio era necesario para alimentar a una familia de seis perso-

nas.<sup>20</sup> El nivel nutricional sufrió bajo estas condiciones, aunque en las figuras agregadas los números de niños hospitalizados con malnutrición severa subieron sólo de 152 casos en 1981, a 322 casos en diciembre de 1982,<sup>21</sup> y los índices de malnutrición moderada (segundo grado) en áreas rurales subieron entre 1978 y 1982.<sup>22</sup>

El sector agricultor fue el más afectado. En 1982 los agricultores tenían que ganar un 71% más que sus salarios actuales, sólo para poder permitirse la canasta básica familiar (cuadro 4). Entre los trabajadores de los bananales, cuyos salarios son elevados en comparación con otros agricultores, un 15.6% de los niños menores de 6 años sufrían de algún grado de malnutrición, comparado con un 8.6% en toda la nación. El alto nivel prevaeciente de malnutrición en regiones de cultivos de bananos, es atribuible al precio relativamente elevado de los productos alimenticios fuera del valle central. Al bajo poder adquisitivo de los salarios de los trabajadores y a la relativa ausencia de agricultura destinada a la subsistencia.<sup>23</sup>

Algunos índices de enfermedades infecciosas mostraban un incremento a principios de los años ochentas. La malaria —que había sido bien controlada durante los años setentas— comenzó a subir alarmantemente, de 189 casos reportados en 1981 a 569 casos en 1984.<sup>24</sup> Los refugiados de países vecinos eran responsables de más de la mitad de los casos tratados en 1984, pero los jefes de salud estaban preocupados de que la transmisión interna de malaria se agravara si los programas de control eran afectados por la crisis económica. La Caja reportó que 1984 había traído, en comparación con años anteriores, aumentos significativos en las estadísticas referentes a los egresos hospitalarios por enfermedades diagnosticadas como amibiasis, anquilostomiasis, hepatitis viral, tuberculosis y anemia producida por una deficiencia en hierro; y al final de 1985 reportaron aumentos similares en enfermedades intestinales producidas por protozoarios y helmintos, fiebre reumática, psicosis de drogadicción y alcoholismo.<sup>25</sup> El informe

19. M. Castro Gutiérrez. *Economic Development and Nutrition in Costa Rica*. [Delaware]: University of Delaware, 1983. College of Human Resources; núm. 9.

20. María Cecilia Fernández Saborío. *Deterioro de la condición socio-económica y sus consecuencias para la familia y la niñez*. [San José: Ministerio de Planificación Nacional], 1983. (Documento Mimeo-grafiado).

21. *Ibid.*, p. 40.

22. "Suben índices de nutrición en el país, revela encuesta". *La Nación* (C.R.), 11 de mayo, 1985.

C. Díaz Amador. "Estudio comparativo del estado nutricional de la población menor de 6 años entre 1978-1982". En: Congreso Nacional de Salud Pública, San José, 1985.

23. A. Guerra O. "Estudios antropológicos de clasificación funcional: Análisis comparativo del poder adquisitivo del salario del obrero bananero". *Boletín Informativo del S.I.N.* 10:11-16, 1981.

24. J. Jaramillo Antillón. *Los problemas de la salud en Costa Rica*. San José: Ministerio de Salud, 1984.

M. I. Solís R. "Afirmar que no todos los males se pueden achacar a refugiados". *La Nación* (C.R.), 26 de mayo, 1985.

25. *Indicadores de Servicios de Salud (Caja Costarricense de Seguro Social)*. 5(53, 64).

CUADRO 3

COSTA RICA: EVOLUCION DEL SALARIO PROMEDIO REAL<sup>1</sup> POR SECTOR LABORAL  
PARA EL PERIODO ENTRE JULIO DE 1977 Y JULIO DE 1982

	Agricultura		Industria		Construcción		Comercio		Servicio	
	Salario real	Indice	Salario real	Indice	Salario real	Indice	Salario real	Indice	Salario real	Indice
Julio de 1977	789	100	1.293	100	1.307	100	1.456	100	1.717	100
Julio de 1978	823	104	1.385	107	1.392	107	1.505	103	1.823	106
Julio de 1979	918	116	1.449	112	1.528	117	1.576	108	1.862	108
Julio de 1980	894	113	1.360	105	1.492	114	1.611	111	1.800	105
Julio de 1981	755	96	1.204	93	1.266	97	1.329	91	1.503	88
Julio de 1982	568	72	921	71	908	69	962	66	1.048	61

1. Deflatado según el índice de precios al por mayor y expresado en colones de 1977.

Fuente: Deterioro de la condición socio-económica y sus consecuencias para la familia y la niñez. Documento ineditado preparado para UNICEF por María Cecilia Fernández Saborío de MIDEPLAN, febrero de 1983, p. 20.



CUADRO 4

COSTA RICA: POBLACION OCUPADA ASALARIADA, SEGUN SALARIO MENSUAL,  
COSTO DE CANASTA BASICA RESPECTO AL SALARIO Y SALARIO PROMEDIO  
DISPONIBLE PARA CUBRIR OTROS GASTOS  
(Porcentajes)

	% del total pob. ocup. asalariada	% con sala- rios menores de los Q 3.000/mes	Salario promedio (colones corrientes)	Costo de la canasta básica alimentaria como % del salario promedio <sup>1</sup>	Porc. del sal. prom. que queda para cubrir otros gastos
Total población ocupada asalariada	100	46	3.255	111	-11
<b>Sector de actividad</b>					
Servicios	31	34	3.902	93	7
Agricultura	26	73	2.114	171	-71
Industria	16	45	3.427	106	-6
Comercio	15	41	3.581	101	-1
Construcción	6	36	3.381	107	-7
Servicios básicos	6	19	4.170	87	13

1. Se refiere al costo de la canasta alimentaria para una familia típica que consiste en dos adultos y cuatro menores de 12 años, siendo de Q 3,618 para esta fecha.

Fuente: Deterioro de la condición socio-económica y sus consecuencias para la familia y la niñez. Documento inédito preparado por UNICEF por María Cecilia Fernández Saborío de MIDEPLAN, febrero de 1983, p. 24.

de la Caja advirtió que la elevada incidencia de enfermedades infecciosas y abuso de sustancias podrían estar relacionados con condiciones sociales y de salud de la población.

Los índices totales de mortalidad infantil para la nación subieron sólo levemente entre 1980 y 1984; de cualquier manera en ciertos cantones fueron registrados agudos aumentos preocupando a los jefes de salud, quienes mencionaron niveles de vida en deterioro y dificultades en la expansión de los servicios de salud.<sup>26</sup> Un estudio longitudinal sobre nutrición y mortalidad infantil en el cantón de Puriscal mostró que un aumento en el número de niños nacidos con peso bajo, premadurez y falta de acceso o cuidado prenatal había sido el más grave resultado de la crisis.<sup>27</sup> Estas deficiencias sugieren que problemas similares podrían estar afectando a otras regiones del país. Los investigadores enfatizaron la necesidad de afrontar el problema para evitar un aumento en la mortalidad infantil en otras áreas.

## Efectos en la prestación de servicios de salud

La extensa infraestructura de cuidado médico desarrollada en los años setentas era muy costosa para ser mantenida, especialmente durante los años de carestía alrededor de 1980. Entre 1972 y 1979 el presupuesto de la Caja había subido en un

689%,<sup>28</sup> y los gastos de la Caja consumían una creciente porción de los gastos de salud totales. Pese a todo, el presupuesto de salud no sufrió un destino peor que el resto del presupuesto gubernamental durante la crisis económica. Como se muestra en el cuadro 5, los gastos en el sector público disminuyeron en un 22% en 1981 en relación a los gastos en años anteriores, mientras que los gastos en el sector salud disminuyeron en un 29% y los gastos de la Caja declinaron en un 26%. Luego, cuando la recuperación económica comenzó en 1983, los gastos del sector salud subieron casi con la rapidez de los gastos del sector público total, reflejando la persistencia del cometido del gobierno de proporcionar el cuidado de la salud con patrocinio estatal.

Durante el peor período de la crisis económica en 1981-82, el pueblo costarricense tenía dificultades en creer que el cuidado de la salud patrocinado por el estado era económicamente factible. Los sorprendentes costos de los servicios de universalización, juntamente con la devaluación del colón, habían creado en la Caja un déficit presupuestario de ₡1.200 millones, o más de un tercio de su presupuesto total de operación, en 1982.<sup>29</sup> Muchos observadores sentían que el déficit de la Caja contribuyó fuertemente a la crisis económica porque ellos sabían que el Estado estaba legalmente obligado a asumir la deuda de la Caja.

Medidas orientadas a aliviar los déficits alimentaron la insatisfacción pública con la Caja.<sup>30</sup> El primero de enero de 1983, el impuesto sobre la hoja de pago fue elevado nuevamente. La porción del patrono subió de un 6.75% a 9.25%, provocando una irritada respuesta de los hombres de negocios quienes argüían que el incremento causaría mayor desempleo y una reducción en la competitividad de Costa Rica en mercados internacionales. Otra medida exigía a los 22.000 empleados de la Caja comenzar a pagar un 4% de sus salarios al fondo, mientras que hasta finales de 1982 ellos habían sido beneficiados con la cobertura de la Caja exentos del pago de impuestos. Los beneficios de los empleados fueron reducidos, un con-

26. "Mortalidad infantil tuvo un ligero aumento". *La Nación* (C.R.), 1 de diciembre, 1984.

27. L. Mata. "Estado nutricional del niño en Puriscal durante la crisis". En: Congreso Nacional de Salud Pública, San José, 1985.

28. Costa Rica. Ministerio de Salud. 1981. *Op. cit.*, p. 173.

29. "CCSS anuncia nueva fijación de cuotas obrero patronales". *La Nación* (C.R.), 17 de noviembre, 1982.

Costa Rica. Ministerio de Salud. *El sector salud*. 1982. (Documento Mimeografiado).

30. C. Mesa-Lago. "Health care in Costa Rica: Boom and Crisis". *Social Science & Medicine*. 21(1):13-21, 1985.

podían ser importadas, causando en gran parte el desaliento de profesionales de salud, pacientes y compañías farmacéuticas.

En relación al Ministerio de Salud, la crisis previno la extensión adicional de los servicios de salud.<sup>33</sup> Los jefes de salud habían estimado en 1980 que el 94% de la población sería incorporada a la Caja hasta 1982,<sup>34</sup> pero en 1982, igual que en 1978, sólo 78% de la población estaba cubierta. El Ministerio de Salud anunció la reducción o eliminación de la construcción de letrinas, mejoras en la provisión de agua rural y saneamiento del medio. Una escasez de auxiliares y asistentes de salud entrenados forzó el cierre, o el funcionamiento con reducido personal, en varios puestos de salud rurales, pese a que este programa constituía la pieza central del sistema de salud rural de la nación.

Irónicamente, el exceso de enfermeras desempleadas que existía en aquel tiempo no podía ser utilizado para proveer de personal a aquellos puestos, ya que el Ministerio de Salud no podía permitirse los elevados salarios que ellas exigían. Entre 1980 y 1983 no fueron entrenados nuevos asistentes de salud rural, hasta que la UNICEF proporcionó becas de capacitación para trabajadores rurales de salud.

Los servicios proporcionados por la Caja también fueron afectados negativamente por la crisis económica, como cualquier costarricense que utiliza el sistema admitiría con rapidez, pero se realizaron pocos estudios para documentar el deterioro en la prestación de servicios. Una excepción fue un estudio sobre las consultas pediátricas realizadas con pacientes externos en clínicas metropolitanas y en el Hospital Nacional de Niños, el

cual mostró una reducción en los servicios proporcionados durante el período de cinco años entre 1981 y 1985. Las consultas externas declinaron en un 19.5% y las horas de los médicos contratados por la Caja para la atención de pacientes externos, disminuyeron en un 19.2%. Entretanto, la población pediátrica en Costa Rica (niños de 0-12 años de edad) subió en un 43% entre 1981 y 1985. El estudio concluyó que la reducción en el número de consultas pediátricas, combinada con el crecimiento de la población pediátrica, resultaba en una reducción neta en las consultas por cada cien habitantes de 84 al año en 1981 a 77 al año a finales de 1985.<sup>35</sup>

Otra muestra indirecta de una disminución de servicios de salud preventivos vino del registro de cáncer de la nación, el cual registró un incremento de cáncer cervical uterino invasivo en comparación con el *in situ* detectado entre 1982 y 1984. En 1982, el 62% de todos los casos de cáncer cervical uterino habían sido detectados *in situ*, donde las oportunidades de tratamiento permitían un diagnóstico más favorable. En 1984 sólo un 50% de los casos fue detectado *in situ*, el otro 50% de los casos ya estaban juzgados como invasivos en el momento del diagnóstico.<sup>36</sup> Los que evaluaron los datos concluyeron que los procedimientos de observación de la Caja habían sufrido, pese a que la naturaleza de la evidencia hacía imposible el saber si los médicos eran descuidados por realizar menos pruebas, o si menos mujeres estaban asistiendo para sus controles regulares. En los dos casos, el estudio pediátrico de consultas externas y los datos del cáncer, sugerían que la calidad del cuidado primario y preventivo ofrecido por medio de las facilidades de la Caja había declinado durante la crisis económica, y que esta caída había continuado en los años post-crisis.

## Efectos sobre la ayuda extranjera y dependencia

Desde su inicio en 1973, el programa de atención primaria en salud a cargo del Ministerio de Salud había sido muy de-

33. J. Jaramillo Antillón. *Op. cit.*, p. 47.

34. Costa Rica. Ministerio de Salud. 1980. *Op. cit.*, p. 14.

35. *Indicadoras de Servicios de Salud (Caja Costarricense de Seguro Social)*. Mar., 1986.

36. Costa Rica. Caja Costarricense de Seguro Social. *Registro nacional de tumores. Incidencia del cáncer cérvico-uterino en Costa Rica*, 1985. [San José: La Caja, s.f.].

gelamiento en la contratación fue impuesto y se ofrecieron incentivos a los trabajadores para que se retiraran voluntariamente. En abril de 1982 los médicos de la Caja entraron en una huelga, demandando aproximadamente ₡2.200 por mes. Antes de 1980 el salario de un médico de la Caja era considerado alto (15.000 colones al mes o US\$1.744). Después de la devaluación del mismo salario era equivalente a solo US\$278, lo que no permitía a los médicos mantener sus altos niveles de vida anteriores. Para

terminar con la huelga de 42 días, la Caja resolvió el problema con un acuerdo que accedía a muchas de las demandas de los médicos. El impacto divisorio de la huelga era evidente en comentarios hechos por el Presidente Ejecutivo de la Caja, quien dijo en 1983, dirigiéndose a un curso de médicos recién egresados, que los incrementos de salarios obtenidos como resultado de la huelga de los doctores hubieran sido de otra manera empleados en la creación de puestos de trabajo para su audiencia.<sup>31</sup>

## CUADRO 5

### GASTOS PUBLICOS, GASTOS EN SALUD, GASTOS DE LA CCSS 1981 - 1985

(Millones de colones, términos constantes)  
1978 = 100

Año	Gastos públicos	Tasa de crecimiento	Gastos en salud	Tasa de crecimiento	Gastos CCSS	Tasa de crecimiento
1981	14.536,7	-22%	2.037,1	-28,87%	1.725,9	-26,06%
1982	10.986,9	-24%	1.386,1	-29,70%	1.218,5	-26,63%
1983	13.695,2	25%	1.565,4	12,9%	1.320,9	8,42%
1984	15.737,2	15%	1.963,3	25,4%	1.526,1	15,53%
1985	17.888,8	14%	2.107,7	7,3%	1.733,2	13,5%

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social. Gerencia División Financiera. Plan financiero maestro, 1987 - 1991.

Médicos y pacientes estaban igualmente exasperados por la escasez de provisiones resultante de la crisis. Una subida de un 400% en el precio de los artículos

importados, desde la devaluación limitó drásticamente la capacidad de la Caja para comprar medicinas, equipo y otros materiales de rutina para los hospitales. A finales de 1982, medicamentos e insumos médicos valorados en US\$8.5 millones, estaban sin ser reclamados en los almacenes de la aduana porque la Caja no podía pagarlos.<sup>32</sup> En un esfuerzo por reducir los costos, la Caja disminuyó de 1.000 a 400 el número de drogas que

31. "Culpan a huelga médica de haber impedido la creación de plazas". *La Nación* (C.R.), 16 de febrero, 1983.

32. "CCSS anuncia nueva fijación de cuotas obrero patronales". *La Nación* (C.R.), 17 de noviembre, 1982.

pendiente de la ayuda extranjera,<sup>37</sup> pero en 1977 esos contactos se habían extinguido. Incluso AID, la fuente más importante de ayuda extranjera para el país, quitó a Costa Rica de su lista de países elegibles para ayuda en el campo de la salud, porque el país se había puesto "muy saludable" para justificar la asistencia en la salud.<sup>38</sup> El Ministerio audazmente declaró en 1977 que de ahí en adelante el programa rural de salud sería apoyado en su totalidad por el gobierno. En 1982, pese a un clima económico alterado, un Ministro de Salud continuó defendiendo la autosuficiencia:

"No esperamos una salvación supranacional mediante la cooperación de países o entidades internacionales. Esto sería un grave error, ya que la solución de nuestros problemas debe proceder de la acción nacional. La crisis, en cuanto a salud, debe ser resuelta por nosotros, con nuestros recursos actuales y procurando soluciones mediante nuevas y más simples estrategias".<sup>39</sup>

A principios de 1984, Costa Rica tuvo que abandonar su plan para distanciar al

sector salud de la ayuda externa. Los jefes de salud costarricenses y otros dirigentes centroamericanos se reunieron con representantes de veinte organizaciones internacionales para pedir un total de \$640 millones de dólares en ayuda para la salud de la región.<sup>40</sup> Los dirigentes de la salud costarricense, subsecuentemente prepararon un brillante folleto para su utilización en la generación de donaciones extranjeras. El folleto introduce el "slogan" "salud sin riqueza" y propone que Costa Rica precisará \$180 millones de dólares destinados a la salud para 1986-91, de los cuales \$134 millones deben provenir de agencias de recursos externas.<sup>41</sup> En 1985, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Fundación Kellogg, UNICEF y AID estaban proporcionando asistencia financiera al sector de la salud.

La atención primaria durante los años setentas había sido activamente apoyada por todas las agencias internacionales de salud. Paradójicamente, las prioridades cambiantes de estas agencias en los años ochentas ya no favorecían sistemas de salud al estilo costarricense. El más reciente (1982) trabajo sobre la política en el sector de la salud de la AID refleja el conservativismo fiscal y social de la era Reagan, ataca los servicios de salud subsidiados por los gobiernos, promueve austeridad gubernamental y el cuidado médico privatizado.<sup>42</sup> Tendencias similares son evidentes en documentos de la política de salud editados por el Banco Mundial y el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas.<sup>43</sup> Las medidas de austeridad impuestas sobre Costa Rica en los años ochentas por el Fondo Monetario Internacional, ofrecen mayor evidencia de la confianza del sector de salud en políticas determinadas afuera del país. El FMI limitó los gastos del sector público en Costa Rica, restringiendo así la capacidad del gobierno para responder a problemas de salud y nutrición provocados por la crisis económica.

Pese a las prioridades cambiantes y restricciones impuestas por las agencias donadoras internacionales, la administración del PLN, la cual tomó el poder en 1982, hizo un fuerte compromiso político

37. Costa Rica. Ministerio de Salud. 1978. *Op. cit.*, p. 35.

"Extension of Health Service Coverage in Costa Rica". *PAHO Bulletin*. 11:303-310, 1977.

38. C. Poza U. S. *Agency for International Development*. San José : Embajada de los Estados Unidos, 1983. (Comunicación personal).

39. "Médicos piden nueva orientación en salud". *La Nación* (C.R.), 20 de octubre, 1982.

40. "Contadora apoya programa centroamericano de salud". *La Nación* (C.R.), 7 de mayo, 1984.

41. Costa Rica. Ministerio de Salud. *Priority Health Needs of Costa Rica*. San José : El Ministerio, 1985.

42. United States Agency for International Development. *Health Sector Policy Paper*. Washington, D. C. : [s.n.], 1982.

43. World Bank. *Health Sector Policy Paper*. Washington, D. C. : World Bank, 1980.

United Nations Development Programme. *Advisory Note: Primary Health Care, with Special Reference to Human Resource Development*. [s.l.]: UNDP Bureau for Program Policy and Evaluation, 1983. Technical Advisory Division.

en pro de la salud. Particularmente el programa rural se había convertido en un símbolo importante de la preocupación del PLN por los ciudadanos costarricenses, y la nueva administración no deseaba abandonar esa imagen. Los jefes de salud, apoyados por los niveles más altos del gobierno, insistieron en la fortificación del programa de salud rural, pese a la oposición del Fondo Monetario Internacional. Ellos demostraron su compromiso con la construcción de 150 puestos y centros de salud entre los años 1982 y 1985,<sup>44</sup> y con la capacitación de numerosos auxiliares de enfermería y asistentes de salud rural. Los esfuerzos del gobierno fueron acompañados por acciones dirigidas a la capacitación de ayuda extranjera, para así mantener y reforzar los servicios de salud en el área rural. Por el momento, Costa Rica posiblemente obtendrá lo que desea de las agencias internacionales, ya que la ayuda económica para naciones centroamericanas "amigables" está de moda en Washington. La verdadera prueba de la habilidad de Costa Rica para sostener este modelo de servicios primarios para el cuidado de la salud vendrá después de que Centroamérica haya desaparecido de los títulos estadounidenses y de su participación como receptor en las distribuciones del presupuesto de las agencias internacionales.

## Debate sobre el cuidado de la salud

En 1982 el sector de salud se convirtió en el foco de atención de un debate nacional que encapsuló muchos de los

44. Costa Rica. Ministerio de Salud. *Memoria Anual 1985*. San José : El Ministerio, [1986].

Jaramillo. *Op. cit.*, p. 186.

45. Ver: M. Edelman. *Op. cit.*, pp. 176-177.

46. "Un modelo en crisis, I". *La Nación* (C.R.), 5 de febrero, 1983.

47. Para un análisis del sistema médico dual que existía anteriormente en Costa Rica, ver: S. M. Low. "The Effect of Medical Institutions on Doctor-patient Interaction in Costa Rica". *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 60:17-50, 1982.

El gobierno intentó atenuar el conflicto ofreciendo concesiones a ambos grupos. El primer grupo fue aplacado con un programa de "medicina mixta", el cual concedía a los pacientes la opción de elegir sus propios médicos y pagar los honorarios de los doctores, mientras que la Caja cubriría los costos de drogas y análisis médicos. El gobierno también comenzó un programa de "médico de empresa", el cual asignaba estos profesionales a los puestos de trabajo de grandes compañías. Los entusiastas del bienestar estatal fueron complacidos cuando el gobierno pasó la legislación obligando a empresas morosas a pagar sus exorbitantes deudas a la Caja. Ellos también fueron complacidos cuando la Caja nuevamente tomó medidas para universalizar la cobertura de la seguridad social, al comprometerse a brindar atención médica a los ciudadanos indigentes.

sismos ideológicos y políticos del país. Representantes de un extenso sector agricultor de exportación, el cual generalmente favorecía soluciones del mercado libre para los problemas económicos de Costa Rica,<sup>45</sup> componían un extremo. Ellos votaron por la "reprivatización" del cuidado de la salud por medio de la eliminación de la seguridad social forzosa y el fomento de la competencia en el mercado libre entre los proveedores de salud.<sup>46</sup> Como base de su argumento se encontraba un ruego por un cuidado de la salud clasista. Grupos comprometidos a expandir el bienestar social formaban el otro extremo en el debate. La federación de los sindicatos de los trabajadores de salud, empleados del sector público, leales de la democracia social, y el Partido Comunista, todos argüían (pese a tener motivos diferentes) que el sistema universal de atención primaria de la salud post-1970 había permitido a Costa Rica reducir desigualdades sociales en la salud y mejorar el perfil nacional de salud. Ellos dijeron que la "reprivatización" de la medicina regresaría a Costa Rica a la medicina desigual, con un sistema para los ricos y otro para los pobres.<sup>47</sup> Ellos pedían más, en vez de menos, participación del Estado en el cuidado de la salud.

Mientras el debate sobre la salud había cesado en 1986, esto probablemente se debía más al alivio general de la crisis económica que a las concesiones ofrecidas por el gobierno. Niveles de asistencia económica y militar estadounidense sin precedentes<sup>48</sup> disminuyeron los impactos de la crisis económica en el campo de la salud para todas las clases sociales, y así callaron el debate de salud. La suspensión es temporaria, pese a todo, pues cuando los niveles actuales de ayuda disminuyan, el debate sin duda se reanudará.

En un país económicamente dependiente como lo es Costa Rica, el dilema ha socavado la habilidad del Estado de mantener los programas para la atención primaria en salud. Primero, los intentos del gobierno para nacionalizar los servicios de salud han sido desviados por el debate sobre el nivel "aceptable" de participación del Estado en la provisión de servicios sociales. Segundo, la búsqueda de fuentes de donaciones estables y continuas es frustrada por las cambiantes y a veces caprichosas, políticas de las agencias de salud internacionales. Los programas de salud de Costa Rica no se autoabastecen, y las agencias que inicialmente ofrecieron apoyo están ahora desilusionándose con el enfoque sobre el cual el programa fue construido en su totalidad. El reto para el gobierno de Costa Rica será la ejecución de un acto de alta tensión: mantener el

control estatal sobre el sistema desarrollado durante los años setentas, no excediendo el presupuesto de austeridad de los años ochentas, pero sin reducir los servicios en este momento en que las personas los necesitan más.

### **Agradecimiento:**

Este trabajo fue completado mientras la autora estaba realizando su tesis doctoral, siendo auspiciada por fondos de una beca para investigación a nivel doctorado en el extranjero de la Fulbright-Hays Doctoral Dissertation Research Abroad Award; el fondo Robert H. Lowie Fund del departamento de Antropología de la Universidad de California en Berkeley; y Sigma XI, la Sociedad Científica de Investigación. La investigación previa en el campo para este proyecto fue auspiciada por una subvención de la Tinker Foundation por medio del Centro para Estudios Latinoamericanos de la Universidad de California en Berkeley. Muchas gracias al Dr. James Trostle, al Dr. Marc Edelman y a la Lic. Marlene Castro por comentarios útiles sobre versiones anteriores de este trabajo.

Gracias a Silvia Salinas, quien hizo la traducción tan competente del inglés al español.

---

48. U.S. AID dio a Costa Rica US\$ 214 millones de becas y préstamos en 1983, comparado con un promedio de US\$ 7.3 millones anuales entre 1962-79, según: "La Ayuda a Costa Rica". *La Nación* (C.R.), 11 de enero de 1985.