

# ATENCIÓN DE SALUD EN COSTA RICA: AUGE Y CRISIS<sup>1</sup>

*Carmelo Mesa-Lago<sup>2</sup>*

## INTRODUCCION

En los dos últimos decenios, los adelantos logrados por Costa Rica en materia de atención de salud fueron de tal magnitud que colocaron al país en el primero o segundo lugar entre las naciones de América Latina y el Caribe: entre 1960 y 1981/1982 la cobertura de atención de salud de la población aumentó de 15 a 86% (cifra que ocupa el tercer lugar entre las más altas de la citada subregión), la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 68,6 a 18 por 1 000 y la tasa de mortalidad general bajó de 8 a 3,9% (ambas tasas son las más bajas de la subregión) y la esperanza de vida pasó de 60,2 a 71,4 años (el segundo lugar entre las más elevadas de la subregión).

El programa de seguro social confiere protección contra casi todo riesgo social, inclusive enfermedad y maternidad. Además, existe un programa de bienestar social bien establecido que presta atención de salud a los indigentes

y lleva a cabo programas de medicina preventiva y nutrición. El sistema está relativamente unificado y la atención de salud está bien coordinada, según los patrones regionales. En un estudio reciente se indica que el programa de atención de salud como un todo ha tenido un efecto progresivo en la distribución del ingreso. Aunque todavía existen muchas disparidades geográficas en la cobertura y en los establecimientos de salud, han disminuido en los últimos 10 años y son relativamente menores dentro del marco latinoamericano. Además, esas disparidades deben evaluarse teniendo en cuenta la reducida superficie del país, su sistema de comunicaciones superior al promedio y la actual regionalización de los servicios de atención de salud, cuyo sistema de remisión es bastante bueno.

Aun así, desde 1960 el costo de la atención de salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB) prácticamente se ha quintuplicado. Ello ha sido el resultado de la extensión de la cobertura, los crecientes costos de la atención de salud (este fenómeno universal se agrava en Costa Rica por el cambio que ha habido en el tipo de enfermedades: se ha pasado de los padecimientos menos costosos de un país subdesarrollado a los más onerosos de un país relativamente industrializado), la intensificación de la inflación, el rápido crecimiento de la burocracia, el aumento de los sueldos y las

<sup>1</sup> Se publica en inglés en *Social Sciences and Medicine* Vol. 21, No. 1, pp. 13-21, 1985. Reproducido con autorización. Copyright © 1985, Pergamon Press.

<sup>2</sup> Universidad de Pittsburgh, Departamento de Economía. Dirección postal: 4M38 Forbes Quadrangle, Pittsburgh, PA 15260, EUA.

prestaciones sociales y la ineficiencia administrativa. Hasta hace muy poco, el Estado no cumplía plenamente con sus obligaciones de empleador, como uno de los tres contribuyentes al seguro social y como sostén de la asistencia social. Como resultado, se acumuló una enorme deuda pública que creó déficit en el programa de seguro social y forzó a este a endeudarse mucho y a demorar el pago de dicha deuda. La crisis económica ha agravado estos problemas porque el desempleo ha aumentado, la inflación se incrementó repentinamente, los salarios reales se han reducido y las exigencias al Estado se han multiplicado.

El país afronta una grave dificultad en los años venideros: mantener, como mínimo, el alto nivel de salud logrado en años recientes (y, con optimismo, una cobertura universal) y al mismo tiempo reducir los costos mediante una mayor eficiencia. Las autoridades de seguridad social y de salud y el poder ejecutivo tienen plena conciencia de estos graves problemas y parecen haber llegado a la conclusión de que el actual modelo de atención de salud ha agotado sus posibilidades y de que se debe adoptar un modelo nuevo y más eficiente para poder hacer frente a la crisis (1).

## ESTRUCTURA ORGANICA

El cuadro 1 contiene un resumen cronológico de la legislación sobre atención de salud en Costa Rica. Hasta los años 40, la atención de salud se prestaba en los hospitales y en otros establecimientos del Ministerio de Salud Pública (llamado de aquí en adelante el Ministerio), las instituciones de beneficencia pública y las compañías bananeras. El Ministerio se encargaba también de los programas preventivos y de supervisar

todo el sistema. Por medio de la ley del seguro social obligatorio, promulgada en 1941, se estableció la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), de acuerdo con el modelo chileno de servicio directo; sin embargo, por algún tiempo tuvo que depender parcialmente de otros hospitales.

La enmienda constitucional de 1961 fijó la base jurídica para la universalización de la cobertura de atención de salud y la ley de 1973 ordenó la integración de los establecimientos de atención de salud principalmente bajo la CCSS. Por tanto, Costa Rica no solo evitó la estratificación del seguro social típica de otros países latinoamericanos (porque su sistema comenzó unificado), sino que logró un elevado grado de integración de sus establecimientos asistenciales. La transferencia de todos los hospitales (del Ministerio, las instituciones de beneficencia y las compañías bananeras) se inició en 1974 y concluyó en 1978. Por tanto, el número de asegurados de la CCSS atendidos en hospitales del Ministerio disminuyó de 31 189 en 1975 a 4 125 en 1979. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) prestó una ayuda sustancial para la construcción de nuevos hospitales y dispensarios de atención ambulatoria en los años 70 y principios de los 80.

Hoy en día la CCSS se encarga prácticamente de todas las actividades de medicina curativa y algunas de medicina preventiva, tales como inmunizaciones, y presta servicios curativos a los indigentes, los pensionados de bajos ingresos y otros pacientes carentes de medios, con fondos del Estado. El Ministerio está encargado de la atención primaria prestada a grupos de bajos ingresos en las zonas rurales y en las urbanas marginales, así como del control de algunas enfermedades contagiosas

**CUADRO 1. Cuadro cronológico de la legislación sobre atención de salud en Costa Rica: 1922-1983**

Año	Acción legislativa
1922	Creación de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública
1925	Ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales
1929	Creación del Ministerio de Salud Pública
1941	Ley del seguro social obligatorio que dio origen a la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual abarcaba los servicios de atención de salud y maternidad para empleados y obreros (públicos y privados) con un ingreso mensual menor de ₡ 300 (colones) que residían en las capitales nacional y provinciales. Cobertura de los trabajadores independientes y del personal de servicio doméstico, aunque no se hacía cumplir
1955	Se inicia la cobertura limitada de los familiares dependientes del asegurado
1958	Se aumenta a ₡ 1 000 el tope salarial para la cobertura
1961	Una enmienda constitucional establece la meta de universalización de la cobertura para 1970
1965	Se aprueba la cobertura completa de los familiares dependientes del asegurado
1971	Se elimina el tope salarial para efectos de la cobertura, pero se establece un tope de aportación salarial de ₡ 3 000
1973	La ley de protección de la salud pública ordena el traslado de todos los hospitales y establecimientos médicos, inclusive los del Ministerio de Salud Pública, a la ccss. El tope de la aportación salarial aumenta a ₡ 4 000
1974	Aumenta la aportación de los empleadores a la ccss y se reduce la aportación del Estado. Se inicia la cobertura de los trabajadores independientes y las personas indigentes.
1975	El tope de la aportación salarial aumenta a ₡ 5 000
1976	Se inicia la cobertura de los pensionados y de las personas dependientes de ellos. Se elimina el tope de la aportación salarial
1978	Concluye la transferencia de todos los hospitales (incluidos los de las compañías bananeras y las instituciones de beneficencia) a la ccss
1983	Comienza el programa destinado a lograr la integración plena de la atención de salud

Fuentes: Basado en: Rosenberg, M. *The Politics of Health Care in Costa Rica: Social Security Policy Making: 1941-1975*. Universidad de Pittsburgh, 1976. Disertación doctoral. Naranjo, F *et al* Desarrollo de los programas de seguridad social en Costa Rica: universalización y extensión de los servicios médicos asistenciales. *Segur Soc* 105-106: 59-138, 1977, y Casas, A y Vargas, H. *The health system in Costa Rica. toward a national health service. J Public Health Policy* 1. 258-279, 1980.

(ej., paludismo, tuberculosis y enfermedades venéreas), la supervisión de las inmunizaciones, la protección del ambiente, el control del uso de drogas y la nutrición infantil. El Instituto Nacional de Seguros (INS) es un monopolio del Estado encargado del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; tiene servicios de consulta ambulatoria y de rehabilitación pero envía sus pacientes a la CCSS para hospitalización e intervenciones quirúrgicas menores. Las Asignaciones Familiares (AF) son un programa de asistencia social que destina fondos a otros programas, principalmente de aten-

ción de salud para pensionados de bajos ingresos (administrado por la CCSS) y atención primaria para la población de las zonas rurales y las urbanas marginales (administrados por el Ministerio). Por último, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado (ICAA) administra su propio sistema.

El sistema de atención de salud está organizado en varios niveles en forma de pirámide: los tipos más elementales de atención están localizados en la base y cada nivel es más complejo e implica mayor especialización. La nación se divide en regiones de salud para facilitar el funcionamiento del sistema de atención sanitaria, y las siete provincias (Alajuela, Cartago, Guanacaste, Heredia, Limón, Puntarenas y San José) están distribuidas entre esas regiones; en al-

gunos casos una provincia forma parte de dos o tres regiones.

En 1982 se nombró una Comisión Nacional Presidencial con la participación de todos los organismos interesados (CCSS, Ministerio, INS, AF) para coordinar el seguro social e integrar el sistema de atención de salud. En 1983, en consulta con el Ministerio de Planificación, se creó un Sector de Salud y se designó al Ministerio de Salud para dirigirlo, con poder para establecer la política pertinente y realizar la integración del sistema de atención de salud. El ministro de salud y el presidente ejecutivo de la CCSS se proponen realizar el plan de integración y buscar un modelo de atención de salud más eficiente y viable. De hecho, la integración ya se ha logrado en siete zonas de salud en las provincias de Alajuela, Guanacaste, Limón y Puntarenas, y a mediados de 1983 se programó en un distrito de San José. Sin embargo, las regiones de salud de la CCSS y del Ministerio son diferentes (con excepción de dos) por los criterios divergentes de cada institución (las de la CCSS se han determinado según los hospitales regionales, y por eso esta institución tiene menos flexibilidad para cambiar sus regiones). Recientemente se ha cumplido un trabajo importante para definir y organizar mejor los diversos niveles de salud, lo que encierra la clave para la integración del sistema. Por último, se ha desplegado un gran esfuerzo para descentralizar los servicios de salud a fin de reducir la concentración en el centro (2).

## COBERTURA

Costa Rica es uno de los pocos países de América Latina que tiene una cobertura casi universal de atención de salud. Según la ley, la CCSS debe asegurar a todos los trabajadores asalariados (incluidos los del servicio doméstico) e independientes, así como a los pensionados y a los familiares que dependen del asegurado. El seguro para estos últimos es muy amplio, ya que incluye a la esposa (o al esposo inválido), ya sea el matrimonio legal o consensual, a los hijos menores de edad (o mayores de edad si están estudiando o sin límite de edad si son inválidos), a la madre (o al padre mayor de 65 años o inválido) y a los hermanos (menores de cierta edad o inválidos). En el cuadro 2 se indica la ampliación de la cobertura de la población bajo la CCSS: de 15,4% en 1960 pasó a 86,1% en 1982. Nótese la repercusión que tuvo en la cobertura la legislación (véase el cuadro 1) destinada a acelerar la protección de la población en los años 60 y 70, lo cual agregó nuevos grupos de asegurados (ej., familiares dependientes, trabajadores independientes y pensionados) así como beneficiarios de la asistencia social, y aumentó y eliminó los topes del aporte salarial.

La extensión amplia y rápida de la cobertura de la CCSS se ha facilitado por varios factores estructurales: la elevada proporción de asalariados (75% de la fuerza laboral); la proporción relativamente pequeña de trabajadores independientes y de trabajadores familiares no remunerados (20 y 4%, respectivamente); la baja tasa de desempleo abierto (3,9%) y de subempleo equivalente (9,3%); y la reducida superficie del país, una buena red de caminos y de comunicaciones y un alto grado de urbanización (3). Sin embargo, el apoyo político fue indispensable para lograr la universaliza-

**CUADRO 2. Cobertura de la población costarricense por el seguro social: 1960-1982**

Años	Población cubierta (miles)									
	Población total	Seguro social				Asistencia social <sup>d</sup>	Cobertura (%)			
		Activa <sup>a</sup>	Pasiva <sup>b</sup>	Dependiente <sup>c</sup>	Total		Total	Asegurados	Asistencia	Total
1960	1 236	94	1	95	190	0	190	15,4	0	15,4
1965	1 482	132	2	320	454	0	454	30,6	0	30,6
1970	1 732	202	4	455	661	0	661	38,2	0	38,2
1975	1 964	327	10	736	1 073	ND <sup>e</sup>	1 073	54,7	ND <sup>e</sup>	54,7
1980	2 279	526	64	1 184	1 774	167	1 941	77,8	7,3	85,1
1981	2 341	522	72	1 175	1 769	170	1 939	75,5	7,3	82,8
1982	2 406	558	81	1 255	1 894	178	2 072	78,7	7,4	86,1

<sup>a</sup> De la Caja Costarricense de Seguro Social y fondos independientes.

<sup>b</sup> Hasta 1975; incluye solamente asegurados pasivos de la CCSS. Entre 1980 y 1982 abarca asegurados pasivos y sus dependientes, tanto de la CCSS como de fondos independientes.

<sup>c</sup> Únicamente de la CCSS.

<sup>d</sup> Indigentes apoyados por el Estado y pensionados de bajos ingresos apoyados por asignaciones familiares; la cobertura comenzó en 1975.

<sup>e</sup> ND = no disponible

Fuentes: Datos de población total basados en: Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) *Bol Demogr* 16. 3, 1983. Los demás se tomaron de Caja Costarricense de Seguro Social *Anuario estadístico 1965-1981*, San José, 1966 a 1982; y otros datos de: Caja Costarricense de Seguro Social. Unidad Estadística, Dirección Técnica Actuarial y de Planificación Institucional, San José, 1983.

ción: otros países con características estructurales similares están muy lejos de esa meta por falta de voluntad política.

En el cuadro 3 se indica el grado de cobertura del seguro de enfermedad y maternidad de la CCSS por actividad económica en 1973 y 1979; las dos distribuciones no son comparables en sentido estricto porque la primera abarca a los trabajadores asalariados e independientes, mientras que de la segunda se excluyen estos últimos. Puesto que 63% de los trabajadores independientes se encuentran concentrados en la agricultura y tienen una cobertura inferior a la de los trabajadores asalariados, parte del aumento aparente en la cobertura agrícola de 1979 puede ser ficticio a causa de la exclusión de los trabajadores independientes. En todo caso, el cuadro muestra que las actividades mejor cubiertas son las de servicios públicos, servicios generales, manufactura y minería, y servicios financieros; la peor cobertura se registra en los sectores de construcción y agricultura. Aun así, los trabajadores agrícolas de Costa Rica tienen uno de los mayores grados de cobertura de América Latina.

**CUADRO 3. Grado de cobertura de enfermedad y maternidad proporcionada por la Caja Costarricense de Seguro Social, según actividad económica: Costa Rica, 1973 y 1979**

Actividad económica	Cobertura (%) <sup>a</sup>	
	1973	1979
Agricultura y pesca	23,1	30,4
Manufactura y minería	82,3	68,7
Construcción	51,4	44,5
Electricidad, gas, agua, transportes y comunicaciones	68,1	71,9
Comercio y servicios financieros	63,3	66,6
Servicios comunales, sociales y personales	74,4	79,9
Total	49,4	57,5

<sup>a</sup> Número de trabajadores asalariados asegurados dividido entre la fuerza de trabajo asalariada por cada actividad económica, como las dos clasificaciones eran diferentes, fue necesario agrupar algunas de las categorías de asegurados.

Fuentes: Cálculos del autor basados en los datos sobre fuerza de trabajo de Dirección General de Estadística y Censos. *Encuesta nacional de hogares, empleo y desempleo, 1979* San José, 1980; y Caja Costarricense de Seguro Social *Anuario estadístico 1979*. San José, 1981

En el cuadro 4 se presenta el grado de cobertura de enfermedad y maternidad de la CCSS por provincias; lamentablemente, solo se incluyen los trabajadores asegurados y la omisión de los dependientes da un grado de cobertura inferior al real. La provincia con mejor cobertura es San José (donde se encuentra localizada la capital) y la que tiene peor cobertura es Guanacaste (la más rural); el grado de cobertura en la primera es el doble del de la segunda. Como se ve, la mayoría de los trabajadores no asegurados se encuentra en las provincias más remotas, subdesarrolladas, rurales y agrícolas, tales como Guanacaste y Puntarenas. Por otro lado, la mayoría de los asegurados se encuentra en la región central, en los alrededores de San José, donde se concentra 60% de la población y la mayor parte de las dependencias del gobierno, la industria, el comercio, el transporte y los servicios, que son las actividades económicas con mejor cobertura. Aunque no es posible hacer comparaciones precisas, la diferencia en cobertura geográfica parece ser menor en

Costa Rica que en otros países como Chile, Guatemala, México, Panamá y el Perú (4).

Existen cinco grupos carentes de cobertura de la CCSS, a saber: I) las personas de ingresos elevados que no tienen un empleo remunerado (ej., los empleadores, las personas que viven de la renta y los profesionales independientes), los cuales no son asegurables o pueden asegurarse solo voluntariamente, pero cuentan con medios de pagar los servicios de salud; II) los trabajadores independientes que deciden no afiliarse a la CCSS (el seguro es voluntario para ese grupo), pero que reúnen los requisitos para recibir asistencia social en caso de no tener recursos; III) los trabajadores familiares no remunerados que no son asegurables pero que pueden calificarse como personas que dependen de un asegurado o como indigentes; IV) los desempleados que no estén asegurados y que pueden clasificarse también como indigentes; y V) los trabajadores asalariados que no están afiliados a la CCSS porque son evasores (en 1979, 16% de los asalariados no estaban cubiertos pese a la obligación legal; al parecer, muchas empresas pequeñas no inscriben a sus empleados y, sin embargo, muchos de ellos reciben atención de salud de todos modos como indigentes). Cabe subrayar que las personas que viven en las zonas rurales y urbanas marginales y carecen de recursos pueden afiliarse al programa de atención primaria de salud del Ministerio. Además, la persona no asegurada que no pueda clasificarse como indigente puede recibir atención de salud pagando una cuota relativamente módica (5). Por tanto, es obvio que prácticamente toda la población costarricense está cubierta por algún servicio de atención de salud.

**CUADRO 4. Grado de cobertura de enfermedad y maternidad proporcionada por la Caja Costarricense de Seguro Social a la población, según provincias: Costa Rica, 1979**

Provincia	Población (miles)	Asegurados		Ordenamiento
		(miles) <sup>a</sup>	(%)	
Alajuela	373	62	16,6	5
Cartago	235	39	16,7	4
Guanacaste	206	31	15,2	7
Heredia	153	32	20,9	3
Limón	135	36	26,6	2
Puntarenas	256	41	15,8	6
San José	798	271	33,9	1
Total	2 156	512	23,7	

<sup>a</sup> Solamente los trabajadores asegurados, sin contar las personas dependientes, por tanto, la cobertura debe ser mucho mayor

Fuente: Datos de población: Dirección General de Estadística y Censos *Población de la República de Costa Rica por provincias, cantones y distritos: Estimación al 1 de enero de 1979*. San José, 1979. Los datos sobre asegurados provienen de Caja Costarricense de Seguro Social *Anuario estadístico 1979* San José, 1980

# FINANCIAMIENTO

La principal fuente de ingresos de la CCSS para el programa de enfermedad y maternidad (cuatro quintos del ingreso total en 1979) es la aportación porcentual tripartita, basada en el salario del asegurado y pagada por este, el empleador y el Estado. En 1973-1983 se modificaron los porcentajes establecidos por la ley: la aportación del asegurado asalariado aumentó de 4 a 5,5% (los trabajadores independientes pagaban 12% en 1983), la del empleador aumentó todavía más, de 5 a 9,25%, pero la del Estado disminuyó de 2 a 1,25%. En 1983 la aportación salarial total (16%) fue la mayor de América Latina. Además, el Estado ha aplicado varios impuestos a la producción nacional y a las importaciones de bebidas alcohólicas y no alcohólicas, las importaciones de perfumes y artículos suntuarios, las ventas de cigarrillos, la propiedad inmobiliaria y los pagos de las municipalidades y las provincias más la renta de la lotería. Otras fuentes de ingreso son la venta de servicios de salud de la CCSS a los usuarios particulares (que disminuyó 50% entre 1979 y 1982) y el interés devengado por el capital (el sistema de financiamiento empleado es el de reparto, así que hay una pequeña reserva para imprevistos que devenga intereses muy bajos) (6).

Como ocurre en otros países latinoamericanos, el asegurado en Costa Rica paga legalmente un tercio del costo del seguro social para fines de atención de salud, mientras que el empleador y el Estado pagan los dos tercios restantes. En Costa Rica no se ha hecho ningún estu-

dio sobre la incidencia real de las aportaciones del empleador y del Estado, aunque de ordinario se supone que son transferidas a los consumidores; si el empleador no puede pasar el costo de su aportación a otros quizá se reduzca la demanda de mano de obra, lo que tendría un efecto negativo para el empleo. Esta connotación regresiva se ha compensado en Costa Rica con la cobertura casi universal y la asistencia social a los grupos de bajos ingresos. Una característica regresiva de las aportaciones fue el tope salarial, que se incrementó gradualmente y luego se eliminó del todo en los años 70.

El financiamiento del Ministerio y de las AF se realiza por intermedio del presupuesto público y desde 1974 se ha asignado una aportación del empleador equivalente a 5% de la nómina para ayudar a las familias pobres especialmente en lo que respecta a nutrición infantil, atención de los ancianos y similares. El INS se financia con las primas pagadas por los empleadores, y el ICAA, con los honorarios pagados por los usuarios. La expansión de la red de atención de salud y su integración bajo la CCSS se realizó con asistencia externa, principalmente de un préstamo de \$US 38 millones recibido del BID (8).

El presupuesto total de salud (que incluye la CCSS, el Ministerio y otros organismos del Estado) aumentó en 1970-1981 de ₡ 332 millones (de colones) a 3 567 millones; aun después de efectuar el reajuste correspondiente por inflación, se observa que el auge fue en verdad impresionante: representó prácticamente una triplicación (9). El principal beneficiario de este auge en materia de salud fue la CCSS, cuya participación en el ingreso total aumentó de 46 a 69% en 1970-1979, mientras que la del Ministerio bajó de 46 a 19% (cuadro 5). Aun así, los gastos de la CCSS por concepto de salud han aumentado a un ritmo más acelerado que los ingresos y ello ha generado

**CUADRO 5. Distribución porcentual del ingreso y los gastos totales por concepto de salud, según los diferentes organismos: Costa Rica, 1970-1979**

Año	Ingresos			Gastos		
	CCSS	Ministerio de Salud	ICAA	CCSS	Ministerio de Salud	ICAA
1970	44	46	10	43	46	11
1971	43	45	12	38	50	12
1972	45	44	11	42	46	12
1973	47	41	12	46	42	12
1974	48	38	14	44	43	13
1975	48	31	21	47	37	16
1976	55	29	16	52	32	16
1977	62	25	13	63	24	13
1978	66	20	14	72	17	11
1979	69	19	12	75	12	13

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social. Financiación pluralista de las prestaciones médicas en la seguridad social costarricense. Presentado en el VII Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, Quito, 1981

un déficit creciente (este asunto se trata en detalle más adelante).

En lo que respecta a los ingresos, una de las principales causas del déficit es que el Estado no cumple con sus obligaciones para con la CCSS. En 1977-1982 la deuda acumulada del Estado llegó a ₡ 2 000 millones, de los cuales 59% representaba sus aportaciones como empleador y como uno de los tres contribuyentes, y 39% correspondía a sus obligaciones para financiar la atención de salud prestada a los indigentes. En 1982, el Estado comenzó a pagar sus deudas atrasadas y corrientes, y en 1983 la Agencia para el Desarrollo Internacional (EUA) le prometió un préstamo de \$US 10 millones para ayudar a reducir la deuda pública.

Es también grave el problema de la evasión de los asegurados y los empleadores. Como se indicó, 16% de los trabajadores asalariados dejan de afiliarse a la CCSS; las empresas evitan la inscripción y presionan a sus empleados para que usen los servicios del Ministerio o pasen por indigentes; las personas con me-

dios económicos no pagan los servicios de la CCSS; los trabajadores independientes son difíciles de controlar y a menudo los extranjeros usan los servicios y salen del país sin pagar. Para hacer frente a estos problemas, a finales de los años 70 se introdujo una serie de reglamentos de control, pero todavía en 1983 los pagos atrasados llegaban a ₡ 604 millones. El método que emplea la CCSS para recaudar las sumas adeudadas por las empresas es una cuenta preestimada computadorizada que ha sido objeto de elogio por parte de los funcionarios de la Caja por su sencillez y porque reduce los atrasos en los pagos; sin embargo, se ha criticado porque subestima los salarios y los beneficios marginales que se pagan en realidad (10).

## PRESTACIONES Y OTROS GASTOS

En Costa Rica existe un solo fondo de seguro social que cubre a casi toda la población en lo que respecta a la salud, y una ley uniforme para todos los asegurados; no hay grupos ocupacionales fuera del sistema (no existen fuerzas armadas y, por tanto, no hay hospitales especiales para los militares). En consecuencia, todas las personas aseguradas reciben normalmente las mismas prestaciones aunque hay algunas diferencias en la accesibilidad y la calidad de los servicios, las cuales se analizarán en esta sección.

La ley reglamenta dos clases de prestaciones por concepto de salud. Prestaciones en efectivo, pagaderas sólo

al trabajador asegurado, que incluyen pagos en lugar de salario por enfermedad y maternidad, así como prótesis y gastos de transporte. El trabajador asegurado también tiene derecho a todas las prestaciones médicas: asistencia médica general y especializada, hospitalización e intervenciones quirúrgicas, medicamentos, atención dental (cirugía oral, extracciones, obturaciones y prótesis) y ayuda para la compra de anteojos o lentes de contacto. Las personas dependientes aseguradas pueden recibir todas estas prestaciones excepto atención dental (solo se cubren las extracciones) y oftalmológica. Las trabajadoras aseguradas tienen derecho a recibir prestaciones completas en caso de maternidad (además de leche para el lactante), en tanto que la esposa del trabajador asegurado se acoge a las limitaciones generales indicadas para todas las personas dependientes.

La ley costarricense es una de las más estrictas de América Latina en lo que se refiere al monto de las prestaciones en efectivo (en caso de enfermedad y maternidad) y a la duración del período de pago, pero no en lo que respecta al período exigido de aportación, que es inferior al promedio regional en casos de enfermedad y más o menos igual en casos de maternidad. Por otra parte, las prestaciones médicas son bastante generosas lo mismo que el número de

personas dependientes que tienen derecho a recibir prestaciones y el período de duración, pero hay un período obligatorio de aportación (que muchos países no tienen) aunque este es relativamente corto. Si se considera que las aportaciones salariales de Costa Rica son las más elevadas de la subregión, en comparación la mayor parte de las prestaciones no parecen ser desproporcionadas.

La CCSS administra una proporción cada vez mayor de gastos nacionales por concepto de salud: de 43% en 1970 pasó a 75% en 1979 (véase el cuadro 5). Dentro de la Caja la participación del programa de salud y maternidad en los gastos de todos los programas ha mostrado también una tendencia ascendente: de menos de 60% en 1970 a casi 70% en 1979 (11). Este es, por mucho, el programa más importante de la CCSS.

Según lo indicado en el cuadro 6, las prestaciones médicas representan la mayor proporción de los gastos de la CCSS por atención de salud; este rubro aumentó notablemente entre 1960 y 1979: de 58 a 77%. Por otra parte, las prestaciones pagadas en efectivo repre-

**CUADRO 6. Distribución porcentual de los gastos por concepto de enfermedad y maternidad hechos por la ccss: Costa Rica, 1960-1979**

Gastos	1960	1965	1970	1975	1979
Prestaciones médicas y hospitalarias	57,9	60,4	62,5	71,7	77,3
Prestaciones en efectivo	8,6	6,9	6,2	6,1	3,9
Administración	10,6	11,2	6,8	5,2	4,6
Construcción, equipo y mantenimiento	2,0	4,3	19,8	7,9	6,4
Reserva y pago de deudas	20,9	14,9	2,7	7,3 <sup>a</sup>	3,6 <sup>a</sup>
Otros	0	2,3	2,0	1,8	4,2

<sup>a</sup> Incluye 1,4% en 1975 y 1% en 1979 como pago de adeudos a otros programas de la CCSS. Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social. *Anuario estadístico 1979*. San José, 1980.

sentan una proporción pequeña de gastos que se reduce cada día más: de 9 a 4%. A primera vista, los gastos administrativos parecen ser relativamente bajos en comparación con los de la mayor parte de los países de la subregión y se observa una disminución de 11 a 5%. Sin embargo, el cuadro 6 es engañoso porque los sueldos del personal médico se incluyen en las prestaciones médicas y son una de las principales causas de aumento de los gastos (este asunto se explica con mayores detalles en la próxima sección).

Los resultados del auge en materia de salud ocurrido en Costa Rica entre 1960 y 1980 pueden apreciarse en el cuadro 7. Como se ve, el único indicador que se deterioró fue el número de camas de hospital por cada 1 000 habitantes, pero hubo una subutilización de la capacidad hospitalaria, de modo que eso no tuvo ninguna consecuencia negativa para el nivel de atención. Todos los indicadores mejoraron mucho. El número de médicos por cada 10 000 habitantes aumentó casi al triple, la tasa de mortalidad general se redujo por mitad, la tasa de mortalidad infantil bajó a una cuarta parte y se agregaron 11 años a la esperanza de vida. La marca alcanzada por Costa Rica en el campo de la salud en

los dos últimos decenios es quizá la más impresionante de América Latina (12).

¿Recibe el asegurado de la CCSS la misma calidad de atención de salud en toda la nación? Aunque en 1976 vivían en zonas rurales 59% de la población y casi 52% de los asegurados, contaban con los servicios de 34% del personal de salud y 38% de las camas de hospital. Por el contrario, 41% de la población y 48% de los asegurados vivían en las zonas urbanas y eran atendidos por 66% del personal de salud y disponían de 62% de las camas de hospital. En las zonas urbanas el grado de cobertura fue de 98% y la proporción de camas de hospital por cada 1 000 habitantes fue de 5,1, mientras que la cobertura en las zonas rurales fue de 71% y hubo 2,2 camas por cada 1 000 habitantes. Es verdad que por razones de eficiencia se justifica concentrar parte de las instalaciones en las ciudades populosas y que es difícil eliminar ciertas diferencias en cualquier

**CUADRO 7. Algunos indicadores de salud y de atención de salud: Costa Rica, 1960-1981**

Año	Camas de hospital por 1 000 habitantes	Médicos por 10 000 habitantes	Mortalidad		Esperanza de vida (años) <sup>a</sup>
			General	Infantil	
1960	4,5	3,7	8,0	68,6	60,2
1965	4,2	4,5	8,1	69,3	63,0
1970	4,0	5,1	6,7	61,5	65,6
1975	3,8	6,7	4,9	37,9	68,1
1980	3,4 <sup>b</sup>	8,9	4,1	19,1	71,4
1981		10,0 <sup>c</sup>	3,9	18,0	

<sup>a</sup> Por quinquenios; por ejemplo, entre 1955 y 1960 la esperanza de vida fue de 60,2 años.

<sup>b</sup> En 1979.

<sup>c</sup> En 1982.

Fuentes: Beirute, L. A. et al. *El recurso humano médico en Costa Rica entre 1970-1980*. San José, CCSS, 1981, Costa Rica. Ministerio de Salud. *Memoria 1982*. San José, 1983; Antillón, J. J. *Los problemas de salud en Costa Rica. Políticas y estrategias*. San José, Ministerio de Salud, 1983.

sistema de salud, pero en muchas zonas rurales la baja densidad demográfica y los precarios medios de comunicación dificultan mucho el acceso a los centros de salud de la CCSS (13). Sin embargo, cabe subrayar que esas disparidades probablemente se redujeron en el resto de los años 70 mediante la construcción de hospitales regionales y de zona y puestos rurales.

En el cuadro 8 se indica que todavía en 1979 era grande la desigualdad en la distribución de los servicios de salud de la CCSS en las provincias, particularmente en lo tocante a médicos y camas de hospital. Por ejemplo, la provincia de San José tenía 6,5 veces más médicos (por cada 10 000 habitantes) y 5,2 veces más camas de hospital (por cada 1 000 habitantes) que la provincia de Guanacaste. Sin embargo, las diferencias en el número de consultas médicas per cápita eran muy pequeñas. El ordenamiento de las provincias según la excelencia de sus servicios de salud fue paralelo a su ordenamiento en términos de la cobertura de atención de salud (véase el cuadro 4). Y cuando las provincias se ordenan según indicadores de desarrollo tales como el ingreso per cápita, la tasa

de urbanización y el porcentaje de fuerza laboral ocupada en actividades secundarias y terciarias frente al que desempeña actividades primarias, se encuentra una correlación positiva entre el desarrollo, la cobertura y la calidad de la atención de salud, la cual se observa también en otros países de la subregión (14). Sin embargo, los habitantes de las provincias subdesarrolladas y las zonas rurales de Costa Rica se benefician del programa de atención primaria del Ministerio que, cuando se hace necesario, los envía a la institución adecuada de la pirámide de salud. Pero como se afirmó recientemente: "Un empleado público de la clase media o un profesor universitario que vive en San José tiene mayores oportunidades de recibir atención médica apropiada, en forma rápida y eficiente, que un campesino pobre que vive a 30 kilómetros del centro o puesto rural de salud más cercano" (15).

**CUADRO 8. Comparación de algunos indicadores de atención de salud por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social en las distintas provincias: Costa Rica, 1979**

Provincia	Camas de hospital por 1 000 habitantes	Médicos por 10 000 habitantes	Visitas médicas per cápita	Ordenamiento del índice compuesto
Alajuela	1,2	3,3	2,2	4
Cartago	3,6	3,6	1,8	3
Guanacaste	1,1	1,9	1,8	7
Heredia	0,5	2,7	1,9	6
Limón	1,7	6,0	2,6	2
Puntarenas	0,9	2,0	2,2	5
San José	5,7	12,4	3,0	1
Total	3,0	6,5	2,4	

Fuentes: Cálculos del autor basados en los datos sobre población total de: Dirección General de Estadística y Censos *Población de la República de Costa Rica por provincias, cantones y distritos. Estimación al 1 de enero de 1979*. San José, 1979; la información sobre establecimientos de salud proviene de: Caja Costarricense de Seguro Social. *Anuario estadístico 1979*. San José, 1980.

## CRECIENTE DE LA ATENCION DE SALUD Y LA CRISIS

La repercusión de la atención de salud en la distribución del ingreso parece ser progresiva, especialmente después de que se eliminaron los topes de cobertura y aportaciones de la CCSS, se amplió la cobertura y se establecieron programas de asistencia social (16). El estudio más reciente se realizó en 1978 y permite medir la repercusión de todos los programas de salud (incluidos los de la CCSS, el Ministerio y las AF). En él se demuestra que el aspecto financiero del programa fue regresivo porque las familias de la mitad más pobre de la población pagaron 3,6% más que las de la mitad más rica. Por otra parte, las prestaciones tuvieron una repercusión progresiva en la distribución del ingreso aunque el sistema general de salud (a causa de los programas de asistencia social del Ministerio y de las AF) tuvo un mayor efecto que el programa de atención de enfermedad y maternidad de la CCSS. La repercusión neta (global) del sistema fue también progresiva: una transferencia de 2,3% del 30% de la población con ingresos más elevados hacia el 30% de la población de menores ingresos (cuadro 9).

Costa Rica tiene quizá el costo de atención de salud más elevado de la subregión. En el cuadro 10 se indica que el gasto total por concepto de atención de salud aumentó de 5,1 a 7,4 % del PIB entre 1970 y 1980, mientras que los gastos de la CCSS se incrementaron de 2,1 a 6,5% en el mismo período. En 1980, la relación del gasto de salud con el PIB de Costa Rica era mucho mayor que el de países más desarrollados (como la Argentina, el Brasil, Chile) y el de otros de tamaño y grado de desarrollo semejantes (como Cuba, Panamá y el Uruguay) (17).

Aunque entre 1976 y 1983 el ingreso del programa de enfermedad y maternidad de la CCSS se sextuplicó, sus gastos aumentaron casi ocho veces y, por tanto, en los años 80 se produjo un défi-

**CUADRO 9. Efecto del programa de atención de salud en la distribución del ingreso: Costa Rica, 1978**

Deciles (del ingreso más bajo al más alto)	Distribución porcentual del ingreso familiar		
	Antes de las prestaciones de salud	Después de las prestaciones de salud	Diferencias
1	0,7	1,3	0,6
2	2,1	2,7	0,6
3	3,4	3,8	0,4
4	4,6	4,9	0,3
5	5,8	5,9	0,1
6	7,2	7,5	0,3
7	9,1	9,1	0
8	12,1	11,9	-0,2
9	17,2	16,4	-0,8
10	37,8	36,5	-1,3

Fuente: Briceno, E. A. y Méndez, E. A. Salud pública y distribución del ingreso en Costa Rica. *Rev Cienc Econ* 1(2):49-69, 1982.

**CUADRO 10. Gastos por concepto de salud: Costa Rica, 1970-1980<sup>a</sup>**

Año	Gastos de la CCSS	Gastos totales <sup>b</sup>
1970	2,1	5,1
1974	2,7	5,6
1975	3,2	5,9
1976	3,5	6,0
1977	4,0	5,7
1978	4,7	6,0
1979	5,5	6,5
1980	6,5	7,4

<sup>a</sup> Expresados como porcentaje del producto interno bruto.

<sup>b</sup> Incluye los gastos de la CCSS, el Ministerio de Salud y el ICAA.

Fuentes: Caja Costarricense de Seguro Social. Financiación pluralista de las prestaciones médicas en la seguridad social costarricense. Presentado en el VII Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, Quito, 1981. y Caja Costarricense de Seguro Social. *Anuario estadístico 1981* San José, 1982; Ministerio de Salud. *Memoria 1982*. San José, 1983; y Fondo Monetario Internacional. *Government Finance Statistics Yearbook 1983*. Washington, DC, 1984.

cit acumulativo de ₡ 1 800 millones (cuadro 11). La mayor parte de ese déficit se financió con préstamos y transferencias del programa de pensiones de la CCSS. Sin embargo, en 1982 la ley prohibió efectuar esos préstamos y, en consecuencia, en el futuro el programa de enfermedad y maternidad debe reducir muchísimo los costos (puesto que un nuevo aumento

en las aportaciones no parece ser factible desde el punto de vista político y económico) a fin de restablecer el equilibrio financiero.

La ampliación de la cobertura ha sido causa importante del rápido incremento de los costos de atención de salud: entre 1970 y 1982 la cobertura de la población total aumentó 40 puntos porcentuales, casi el doble de la tasa de expansión registrada entre 1960 y 1970 (véase el cuadro 2). A medida que el país se acerca a la cobertura universal, la importancia de este factor debe disminuir; pero en vista de que Costa Rica tiene una elevada tasa de crecimiento demográfico (2,4% entre 1975 y 1980), la demanda de atención de salud seguirá incrementándose durante el resto del siglo.

La inflación fue un problema de poca importancia en Costa Rica hasta 1970; la tasa media de inflación fue de 2% entre 1960 y 1969, aumentó a 10% entre 1970 y 1979 y llegó a 48% entre 1980 y 1982. Los sueldos del personal (es-

**CUADRO 11. Ingresos y gastos totales reales de la Caja Costarricense de Seguro Social: 1976-1983<sup>a</sup>**

Año	Pensiones (IVM)			Enfermedad y maternidad (EM)			Total		
	Ingreso	Gastos	Balance	Ingreso	Gastos	Balance	Ingreso	Gastos	Balance
1976	469	475	(6)	815	789	26	1 284	1 264	20
1977	528	401	127	1 124	1 161	(37)	1 652	1 562	90
1978	760	740	20	1 686	1 654	32	2 446	2 394	52
1979	897	908	(11)	1 856	1 909	53	2 753	2 817	(64)
1980	924	810	114	2 162	2 277	(115)	3 086	3 087	(1)
1981	1 222	709	513	2 492	2 978	(486)	3 714	3 687	27
1982	2 083	1 272	811	3 852	4 202	(350)	5 935	5 474	461
1983	2 117	2 117	0	5 152	5 979	(827)	7 269	8 096	(827)

<sup>a</sup> Incluye ingresos y gastos de capital; no incluye las pensiones no contributivas ni la atención de salud (costeada por las AF). Las cifras representan millones de colones. La equivalencia de estos con los dólares estadounidenses fue la siguiente: 6,6 en 1961-1973, 8,6 en 1974-1981 y 20,5 en 1982-1983, desde 1981 la tasa de cambio en el mercado libre ha sido aproximadamente el doble de la tasa oficial, con ciertas variaciones.

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social. Sección Financiera. Comunicación personal, 1983

pecialmente de los médicos) y los costos de la atención hospitalaria han aumentado a un ritmo más acelerado que el de la inflación.

El personal de la CCSS aumentó de 1 510 empleados en 1960 a 22 093 en 1981, un incremento de 15 veces en comparación con el número de asegurados, que solo aumentó nueve veces. Parte de este aumento se debió a la transferencia de los hospitales del Ministerio y su personal a la CCSS entre 1973 y 1978 (10 000 a 14 000 empleados) y a la necesidad de atender a un número cada vez mayor de indigentes. Sin embargo, se agregaron casi 2 500 empleados entre 1979 y 1982, lo que no se justificó con un incremento proporcional del número de asegurados ni del de indigentes. En 1970, se gastó en sueldos 58% del presupuesto de operaciones de la CCSS y esa proporción aumentó a 67% en 1978, aunque se dice que en 1982 bajó de nuevo a 57%. Además, el personal de la Caja goza de generosas prestaciones sociales y hasta hace poco estaba exento del pago de sus propias aportaciones para fines de atención de salud. Los sindicatos han proliferado y participan activamente impidiendo los despidos legales y exigiendo constantemente mejores salarios y prestaciones. Los médicos constituyen también un grupo poderoso que a menudo ha recurrido a huelgas para que se satisfagan sus exigencias (18).

Aunque, según los patrones de América Latina, Costa Rica tiene importantes programas de medicina preventiva y atención primaria de salud (administrados por el Ministerio), es abrumador el interés en los programas de medicina curativa y de atención de salud

que hacen uso intensivo de capital y son administrados por la CCSS. En estos programas predominan mucho los hospitales, el equipo complejo y los médicos, en comparación con otros en los que se destacan los servicios ambulatorios, el personal paramédico y la atención primaria de salud. En 1979, la proporción de gastos por concepto de medicina curativa comparada con la preventiva fue de 4 a 1, y mientras que la CCSS recibió 75% del total de gastos nacionales por concepto de salud, la proporción correspondiente al Ministerio fue de 12% (véase el cuadro 5). El costo de salud per cápita en el programa de seguro de la CCSS en 1982 fue de ₡ 2 180, pero en el programa de atención primaria del Ministerio fue de solo ₡ 65 (19). La CCSS reconoce que los programas del Ministerio (tales como inmunizaciones, atención primaria y nutrición infantil) han venido trabajando mucho más por reducir la mortalidad y la morbilidad infantil que los programas curativos que tratan las enfermedades cardiovasculares y degenerativas (20). El director del mejor hospital para niños de la nación ha probado que el aporte más importante a la reducción de la mortalidad infantil ha sido el control de las enfermedades infecciosas prevenibles mediante vacunación y medidas de saneamiento (21). El ministro de salud ha afirmado: "Mientras que muchas zonas rurales carecen de equipo rudimentario y medicamentos, en la capital abunda el equipo ultramoderno de alta tecnología que tiene un costo astronómico y beneficia solo a un número reducido de pacientes" (22).

Parte del problema radica en el cambio ocurrido en el tipo de enfermedades que se presentan en Costa Rica: la mayor parte de las dolencias que causan la muerte ya no son las que se relacionan con el subdesarrollo (ej., enfermedades infecciosas y parasitarias), sino las vinculadas con el desarrollo (ej., enfermedades

cardiovasculares y degenerativas) y estas últimas son mucho más costosas de tratar y casi imposibles de erradicar. Pero los elevados costos se deben también a desperdicio e ineficiencia. Los nuevos hospitales construidos a finales de los años 70 y comienzos de los 80 con fondos del BID no siempre se edificaron según las necesidades funcionales, y algunas veces hubo mucho desperdicio y empleo de equipo complejo. Por otra parte, algunos de los hospitales más antiguos necesitan reparaciones y equipo básico. Entre 1976 y 1979 la tasa de ocupación de los hospitales de la CCSS aumentó de un promedio nacional de 72 a 78%, lo que representa una mejora en la eficiencia; pero en 1979, 11% de los hospitales tenían tasas de ocupación que oscilaban entre 50 y 59% (23). Las medidas preventivas y la reorganización de la atención médica para lactantes (ej., descentralización y hospitalización selectiva) permitieron eliminar un número considerable de camas en los hospitales pediátricos y reducir las tasas de ocupación. Sin embargo, este modelo no se ha imitado en la atención de salud a la población adulta. Se calcula que, con excepción de los hospitales pediátricos y ginecológicos, el volumen de la atención médica necesaria aumentará en los años 80 a un ritmo mucho más acelerado que el de la tasa de crecimiento demográfico. Por último, los productos farmacéuticos representan cerca de 10% del gasto total por concepto de salud y hay amplias pruebas de prescripción y uso excesivos de medicamentos, así como control deficiente del abastecimiento (24).

En los años 80, la economía de Costa Rica entró en una grave crisis con tasas negativas de crecimiento, un índice de desempleo extraordinariamente elevado, enormes déficit en la balanza de pagos y una creciente deuda externa que, expresada en cifras per cápita, se convirtió en una de las más altas de la subregión (25). Bajo esta enorme presión, en 1982 y 1983, el Gobierno de Costa Rica y las autoridades de salud introdujeron (o comenzaron a estudiar) las siguientes medidas para incrementar el ingreso, reducir el gasto y mejorar la eficiencia del sistema de salud: negociación con el Estado para el cumplimiento de sus obligaciones; introducción de una tarjeta de identidad nacional para todos los usuarios de los servicios de salud, a fin de mejorar el control de la inscripción y reducir la evasión; obligación de las entidades del Estado de comprobar que han pagado su aportación para servicios de atención de salud, antes de poder recibir sus asignaciones presupuestarias; aumento de la aportación salarial de los asegurados y los empleadores; inversión de los fondos de la CCSS con mayores rendimientos; cobro de una cuota mínima a los usuarios de los servicios de salud (exceptuando a los grupos de bajos ingresos); prohibición de comprar nuevo equipo; retiro de 1 500 empleados de la CCSS mediante jubilación anticipada o renunciaciones voluntarias y suspensión de nuevas contrataciones; prohibición de pagos por horas extras trabajadas y personal sustituto; eliminación de muchos beneficios marginales del personal, como la exención del pago de aportaciones para servicios de salud, subsidios de vivienda y alimentación y bonos para educación; reducción del número de medicamentos de la lista básica y fomento de la producción nacional de productos farmacéuticos indispensables; y eliminación de las prestaciones costosas como los lentes de contacto y los servicios de ortodoncia. Aun así, los nue-

vos ingresos y ahorros generados por esas medidas han sido neutralizados en parte por el aumento de los sueldos del personal (particularmente de los médicos) y del costo de los bienes y servicios debido a una tasa de inflación muy elevada (26). Se necesitarán medidas más rigurosas para reducir los gastos administrativos, mejorar la eficiencia y realizar el cambio previsto en los principios de la atención de salud a fin de restablecer la estabilidad financiera del sistema.

Costa Rica es uno de los países latinoamericanos donde ha ocurrido una verdadera revolución en los servicios sociales tales como los de atención de salud, dentro de una democracia pluralista y por medios pacíficos. Los años 80 serán muy difíciles y los problemas habrán de ser resueltos satisfactoriamente por los dirigentes nacionales para que el país pueda conservar su tradición democrática, mantener un nivel de vida elevado para la población y seguir siendo un modelo en América Latina y el Caribe.

## RESUMEN

Costa Rica experimentó un auge en materia de salud entre 1960 y 1980, época en que logró grandes mejoras que colocaron al país entre los dos primeros de América Latina y el Caribe en cuanto a indicadores tales como cobertura de la población, mortalidad infantil, esperanza de vida y servicios de sa-

lud. Además, hubo un proceso gradual de integración de los servicios de salud. No obstante, en el mismo período el costo de la atención de salud como porcentaje del producto interno bruto llegó casi a quintuplicarse y en 1980 ocupó el cuarto lugar entre los más elevados de la subregión. La crisis económica de los años 80 ha agravado las dificultades financieras; para hacer frente a este problema, el Gobierno ha introducido un austero programa para reducir los costos y se propone transformar el actual modelo de atención de salud en uno más eficiente que permita mantener el elevado nivel de salud de la población costarricense en el futuro. El trabajo se divide en cinco secciones: 1) resumen del desarrollo histórico de la atención de salud y descripción de su organización actual y de su proceso gradual de integración; 2) estimación de la cobertura de la población y sus tendencias, evaluación de la desigualdad en la cobertura e identificación de grupos carentes de esta; 3) análisis del financiamiento de la atención de salud y de sus fuentes, así como del reciente desequilibrio financiero, sus causas y las medidas para restituir el equilibrio; 4) descripción de las prestaciones de atención de salud y de sus diferencias en diversos grupos y regiones, análisis de los adelantos logrados por el país en cuanto a instalaciones y niveles de atención de salud, y medición de la repercusión del sistema de atención de salud en la distribución del ingreso; y 5) descripción del creciente costo de la atención de salud y la crisis actual, análisis de las causas de estos dos fenómenos y examen de las medidas que se han puesto y deberían ponerse en práctica para resolver esos problemas. □

# REFERENCIAS

- 1 Véanse estudios más completos del sistema de seguridad social de Costa Rica en mis trabajos e informes previos: *Financing Health Care in Latin America and the Caribbean with a Special Study of Costa Rica*. Washington, DC, Banco Mundial, 1983; *Alternative Strategies to the Social Security Crisis: Socialist, Market and Mixed Approaches*. In: Mesa-Lago, C. ed. *The Crisis of Social Security and Health Care: Latin American Experience and Lessons*. Pittsburgh, Pensilvania, University of Pittsburgh, 1985. American Monograph and Document Series 9; y *Social Security and Health. Final Report to the World Bank Mission to Costa Rica*. Washington, DC, 1983.
- 2 Entrevistas con Guido Miranda, presidente ejecutivo de la CCSS, San José, 6 de mayo, y Pittsburgh, 27-29 de junio de 1983; y con Juan Jaramillo, Ministro de Salud, San José, 12 de julio de 1983. Véase también: Jaramillo, J. *Los problemas de la salud en Costa Rica: políticas y estrategias*. San José, Litografía Ambar, 1983; y: Ministerio de Salud. *Costa Rica División Regional*. San José, 1982.
- 3 Organización Internacional del Trabajo. *Yearbook of Labour Statistics 1981*. Ginebra, 1982; y: PREALC. *Dinámica del subempleo en América Latina*. Santiago, CEPAL, 1981. Estudios e Informes 10, p. 26.
- 4 Véanse las comparaciones con estos y otros países en mi libro titulado *El desarrollo de la seguridad social en América Latina*. Santiago, CEPAL, 1985. Estudios e Informes 43.
- 5 Entrevista con Ricardo Fallas, director de la División de Servicios de Salud, CCSS, San José, 5 de julio de 1983.
- 6 Legislación y: Caja Costarricense de Seguro Social. *Anuario estadístico 1981*. San José, 1982.
- 7 Véase un análisis más detallado de la incidencia en mi libro titulado *El desarrollo...* (referencia 4) capítulos 1 y 2.
- 8 Naranjo, F. *et al.* Desarrollo de los programas de seguridad social en Costa Rica: Universalización y extensión de los servicios médico asistenciales. *Segur Soc* 105-106:59-138, 1977.
- 9 Casas, A. y Vargas, H. The health system in Costa Rica: toward a national health service. *J Public Health Policy* 1:258-279, 1980; y: Fondo Monetario Internacional. *Government Finance Statistics Yearbook 1983*. Washington, DC, 1984.
- 10 Entrevista con Jorge A. Hernández, jefe de la Sección de Finanzas, CCSS, San José, 6 de julio de 1983; y: Naranjo, F. *et al.*, *op. cit.* (referencia 8).
- 11 Caja Costarricense de Seguro Social. Financiación pluralista de las prestaciones médicas en la seguridad social costarricense. Presentado en el VII Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, Quito, 2 a 5 de junio de 1981.
- 12 Mesa Lago, C. y Díaz Briquets, S. *Different Strategies, Similar Countries: The Consequences for Growth and Equity in Costa Rica and Cuba*. Meetings of the American Economic Association, New York, 1982. (En prensa.)
- 13 Naranjo, F. *et al.*, *op.cit.* (referencia 8).
- 14 Véase mi libro *Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality*. University of Pittsburgh Press, 1978.
- 15 Casas, A. y Vargas, H. *op.cit.* (referencia 9) p. 273.
- 16 La primera medición de la repercusión de la distribución fue efectuada por Wilner Green, D. Some Effects of Social Security Programs on the Distribution of Income in Costa Rica. Universidad de Pittsburgh, 1977. Disertación doctoral.
- 17 Véase mi libro titulado *El desarrollo...* (referencia 4), capítulo 1, cuadro 1.6.
- 18 Caja Costarricense de Seguro Social. *Memoria 1981*. San José, 1982; Aguilar, J. M. *Estudio financiero: seguro de enfermedad y maternidad*. San José, CCSS, sin fecha; y entrevista con Ricardo Fallas (referencia 5).
- 19 Datos del Ministerio de Salud obtenidos por comunicación personal y de documentos estadísticos mimeografiados. San José, 1983.
- 20 Caja Costarricense de Seguro Social. Financiación pluralista... (referencia 11).
- 21 Mohs, E. Infectious diseases and health in Costa Rica: the development of a new paradigm. *Pediatr Infect Dis* 1(3):212-216, 1983.
- 22 Jaramillo, J. *Los problemas...* (referencia 2), p. 77.

- 23 Caja Costarricense de Seguro Social. *Anuario estadístico 1979*, San José, 1980; y entrevista con Eduardo Lizano Fait, presidente de la Facultad de Economía de la Universidad de Costa Rica, San José, 5 de julio de 1983.
- 24 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Análisis integral de la Caja Costarricense de Seguro Social: Informe final*. San José, 1980; y entrevista con Edgar Mohs, director del Hospital Infantil Nacional, San José, 7 de julio de 1983.
- 25 Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Estudio Económico de América Latina 1982*. Santiago, 1983; y: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Síntesis preliminar de la economía latinoamericana durante 1983*. Santiago, 1983. Notas sobre la economía y el desarrollo.
- 26 Caja Costarricense de Seguro Social. *Plan de emergencia*. San José, 1982; Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. *Plan nacional de desarrollo 1982-1986, versión preliminar*. San José, 1982; Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas. *Situación presupuestaria de la CCSS*. San José, 1983. Documento mecanografiado; y entrevistas con Jorge A. Hernández y Ricardo Fallas (referencias 5 y 10).

## SUMMARY

### HEALTH CARE IN COSTA RICA: BOOM AND CRISIS

In 1960-1980 Costa Rica experienced a health boom, achieving significant improvements which moved that country into the number two position in Latin America and the Caribbean for indicators such as population coverage, infant mortality, life expectancy and health services. In addition, there was a gradual process of integration of health services. But in the same period, the cost of health care as a percentage of GNP increased almost 5-fold and in 1980 was the fourth highest in the subregion. The economic crisis of the 1980s aggravated the financial difficulties; to cope with them, the government introduced an austere program

to reduce costs and plans to transform the current model of health care into a more efficient one capable of maintaining Costa Rica's high health standards in the future. The paper is divided into five sections: (1) summary of the historical development of health care, and description of its current organization and of its gradual process of integration; (2) estimation of population coverage and its trends, evaluation of inequalities in coverage, and identification of the non-covered group; (3) analysis of health-care financing and its sources, as well as that of the recent financial disequilibrium, its causes and measures to restore the equilibrium; (4) description of health care benefits and their differences among groups and regions, analysis of the country's advances in health-care facilities and standards, and measurement of the impact of the health care system in income distribution; and (5) description of the rising cost of health care and the current crisis, analysis of the causes of both phenomena, and review of the measures that have been and should be implemented to solve these problems.