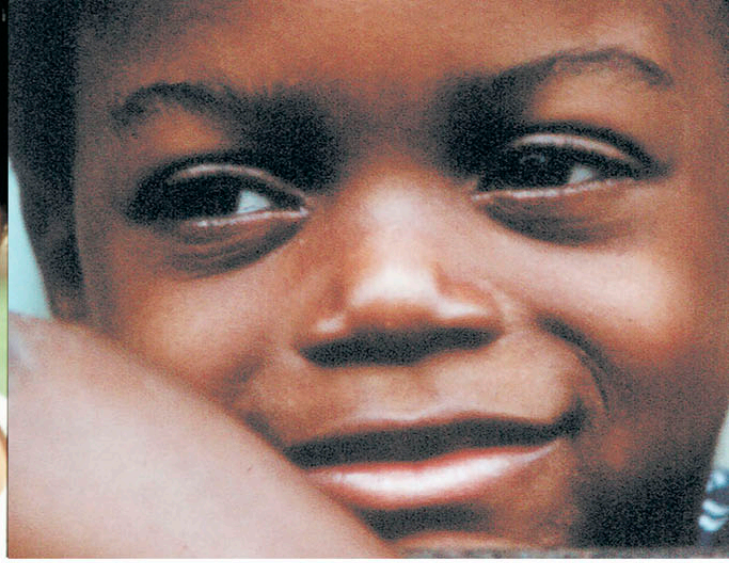
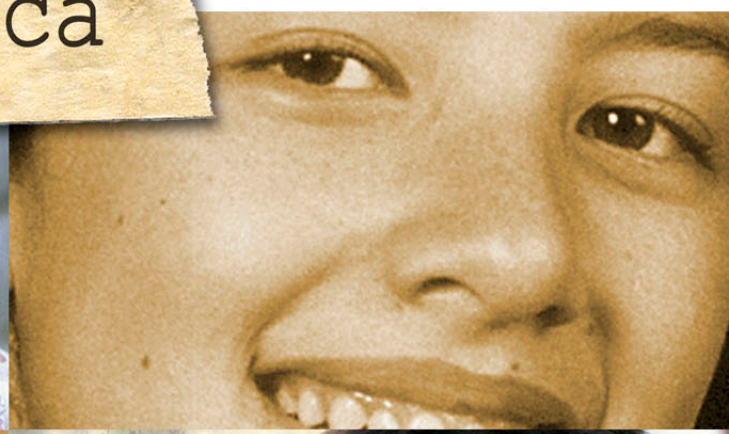


100 años de salud

Costa Rica



100 años de salud
Costa Rica
Siglo XX

San José, Costa Rica

Fotografías
Archivo OPS/OMS-Oficina Regional y Representación
Centro Patrimonio Cultural, Ministerio de Cultura, Costa Rica

WA11
O-686c Organización Panamericana de la Salud. Representación en Costa Rica.
100 años de salud- Costa Rica: Siglo XX / Organización Panamericana de la Salud. — San José, C.R.: Organización Panamericana de la Salud, 2003.
322 p.

ISBN 92 75 32466 2

1. SALUD PUBLICA. 2. SEGURIDAD SOCIAL 3. DESARROLLO DE PERSONAL. 4. VETERINARIA EN SALUD PUBLICA. 5. CONTROL DE ENFERMEDADES. TRANSMISIBLES. 6. ENFERMEDAD CRONICA. 7. SALUD AMBIENTAL. 8. NUTRICION. 9 . COSTA RICA. I. Título.

Las opiniones expresadas, recomendaciones formuladas y denominaciones empleadas en esta publicación no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la OPS/OMS ni del Ministerio de Salud.
Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación y otros, sin permiso escrito de los editores.

San José, Costa Rica, julio 2003

Este documento puede ser consultado en: **www.cor.ops-oms.org**

Esta publicación fue posible gracias a la colaboración voluntaria de 28 expertos nacionales e internacionales que con su experiencia y conocimiento, aportaron en el desarrollo de los distintos temas. A todos muchísimas gracias.
Un agradecimiento también a los revisores, quienes enriquecieron con sus conocimientos los temas abordados en esta publicación.

Editora

Xinia Bustamante C., Comunicadora Social OPS/OMS

Autores

Dr. Braulio Alfaro
Lic. Huberth Blanco L.
Dr. Rigoberto Blanco
Ing. Jorge Carballo
Dr. Edgar Cabezas
Dra. Virginia Céspedes
Dra. Yalena de la Cruz
Dr. Jorge Elizondo A.
Dr. Gerardo Escalante
Ing. Rolando Fournier
Lic. Jaime García
Dr. René González
Lic. Carlos González
Licda. Antonieta López
Dr. Guido Miranda
Dra. Marielos Montero
Dr. Humberto Montiel
Licda. Ligia Moya
Dra. Sandra Murillo
Dr. Edwin Pérez
Dra. Ligia Quiros
Dra. Teresita Ramellini
Ing. Elías Rosales
Dr. Lenín Sáenz
Dr. Rodrigo Salas
Dr. Marco Sánchez
Lic. Federico Ugalde
Ing. Sonia Vargas
Dr. Hugo Villegas de Olazával

Revisores

Dr. Gonzalo Adis Castro
MSc Adriana Blanco
Ing. Jorge Carballo
Dra. Damaris Carvajal
Dr. Adis Castro
Dra. Yalena de la Cruz
MSc Pilar Fernández
Dr. Guido Miranda
Dr. Humberto Montiel
Dr. Lenín Sáenz
Dr. Hugo Villegas de Olazával
Dra. Yeli Víquez
Dr. Gonzalo Volio

En este edificio que se conoció como Hotel Willard, en Washington, D.C., el 12 de diciembre de 1902, 11 países, entre ellos Costa Rica, reunidos en la Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas de las Américas, acordaron crear la Oficina Sanitaria Panamericana de la Salud, hoy Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Presentación

Esta publicación es un aporte a la reflexión sobre la realidad presente a partir del análisis histórico de los hechos más importantes que marcaron el desarrollo y la evolución de la salud en Costa Rica durante el siglo XX, y constituye también un testimonio de la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud en sus 100 años de existencia.

Un total de 28 autores, nacionales e internacionales, sumaron su experiencia y cúmulo de conocimiento en la elaboración de los diferentes temas. Cada uno de los temas fue desarrollado identificando momentos históricos del siglo pasado, hilvanados con políticas sociales y de salud pública que se sucedieron a lo largo del tiempo y cuyo resultado se refleja en la mejora sustancial de las condiciones de vida de la población costarricense. Pero igualmente, se identifican desafíos o retos que el país aún tiene en distintas áreas.

Costa Rica ha demostrado al continente y al mundo, que con pocos recursos se puede hacer y lograr mucho cuando existe una visión y un pacto social sostenido que se traduce en políticas y acciones en beneficio de la población. Este esfuerzo merecía analizarse desde una perspectiva histórica viva que permita a los costarricenses de hoy y a las futuras generaciones, conocer que una persona que nace en suelo tico tiene la esperanza de vivir 77 años, que los niños menores de un año tienen muy altas probabilidades de vivir, que ya no hay transmisión de algunas enfermedades prevenibles por vacunación, que no hay más niños con desnutrición severa, que se ha invertido desde siempre en educación y se ha preocupado por la formación de los recursos humanos en salud, entre muchos otros aspectos. Pero también es importante que sepan que surgen nuevos retos en salud cuya solución es una responsabilidad compartida entre todos los miembros de la sociedad: gobierno, instituciones, organizaciones, municipalidades, comunidades e individuos.

En la primera parte del libro, los dos primeros capítulos describen el contexto político, social y económico y su relación con el campo de la salud antes y durante del siglo XX, lo que caracteriza la política de Estado que orientó el desarrollo del país.

En la segunda parte, siete capítulos abordan el desarrollo del sistema de salud en Costa Rica, la esperanza de vida y la mortalidad materna-infantil, la prevención y el control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, la salud pública veterinaria, la alimentación y la nutrición, los temas de mayor relevancia sobre salud ambiental, y finaliza con las estrategias de "Salud para Todos", promoción de la salud y violencia.

En la tercera parte, cinco capítulos abarcan la investigación en salud, la formación de los recursos humanos, el desarrollo de la seguridad social, un resumen de los avances en salud en los últimos 100 años, los aportes de la cooperación técnica de la OPS/OMS por épocas, y finalmente la perspectiva de la cooperación técnica de la Organización en el futuro.

Este documento es un homenaje a todas las personas que, en diferentes momentos y en todo el país, trabajaron arduamente para mejorar las condiciones de salud de la población. Es la esperanza que las nuevas generaciones continuarán invirtiendo por la salud con el mismo entusiasmo.

Dr. Philippe Lamy
Representante

Dra. María del Rocío Saénz
Ministra de Salud

Índice

I parte

CAPITULO I.
La salud en Costa Rica: marco conceptual histórico 3

1.1 De la formación del Estado al Estado social y benefactor 3
1.2 De las Juntas Sanitarias y de Higiene a la creación de la Secretaría de Salubridad Pública. 9
1.3 De la caridad y beneficencia a la seguridad social 11
1.4 Del Protomedicato de la República al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica 13
1.5 De la Junta de Caridad de San José a la creación del sistema hospitalario nacional 14

CAPITULO 2.
Evolución histórica de la salud y el desarrollo socioeconómico y político 18

2.1 Conceptos generales 18
2.2 Las 4 primeras décadas del siglo XX. El enfoque liberal 20
2.3 Período 1940-1970. La acción social del Estado 22
2.4 La década de los 70. Coherencia y continuidad de políticas 24
2.5 Las dos últimas décadas del siglo. La crisis y el ajuste estructural 26

II parte

CAPITULO 3.
Desarrollo del sistema de salud en Costa Rica 33

3.1 Las primeras estructuras 33
3.2 El inicio de la organización 34
3.3 Antecedentes de una reforma 37
3.4 Una reforma sustancial 41

3.5 Los resultados de una reforma y de una crisis 44
3.6 El ajuste estructural y una nueva reforma 48

CAPITULO 4.
Esperanza de vida y salud de las madres y menores de un año.....52

1. Esperanza de vida en Costa Rica 52
2. La salud de las madres y los menores de un año: influencia en la pirámide de población.....57

CAPITULO 5.
Prevención y control de enfermedades transmisibles 70

5.1 Dificultades y restricciones.....?
5.2 Primeras cuatro décadas del siglo XX ..... ?
5.3 De 1940 a 1970.....?
5.4 Década de 1970.....?

CAPITULO 6.
El control y prevención de enfermedades no transmisibles.....79

1. Las enfermedades crónicas en Costa Rica 79
2. El cáncer: evolución y causas 86
3. La salud mental en el siglo XX 95
4. Avances costarricenses en materia de drogas.....106
5. Control y prevención de las enfermedades perinatales 112

CAPITULO 7.
Hechos más importantes que marcan el accionar de la salud pública veterinaria 117

7.1 Factores históricos 117
7.2 La salud pública veterinaria en Costa Rica 118
7.3 Erradicación de zoonosis 120
7.4 Perspectivas en el nuevo siglo.....120

CAPITULO 8.
Alimentación y nutrición 122

1. Avances en el estado nutricional de la población costarricense.....122
2. Inocuidad de alimentos 133

CAPITULO 9.
Salud ambiental 145

1. Asentamiento humanos y vivienda 151
2. Agua potable y aguas servidas 159
3. Manejo de desechos sólidos: una visión desde el siglo 21.....167
4. Plaguicidas 172
5. Prevención de riesgos, un cambio de paradigma en el manejo de los desastres en Costa Rica.....181

CAPITULO 10.
Salud para Todos y promoción de la salud 188

1. Salud para todos.....188
2. Promoción de la salud en Costa Rica 200
3. Violencia social 207
4. El posicionamiento de la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública 212

III Parte

CAPITULO 11.
Investigación en Salud en Costa Rica 225

11.1 Aspectos históricos 225
11.2 Situación actual.....227
11.3 Fuentes generadoras de investigación.....228
11.4 Perspectivas futuras 230

CAPITULO 12.
Desarrollo de los recursos humanos en salud en el siglo XX.....233

12.1 La atención de la salud: los primeros pasos 233
12.2 La Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica.....233
12.3 Alcances de la OPS en el siglo XX 235
12.4 OPS: apoyo constante 237
12.5 El desafío de la salud pública y la formación de los recursos humanos.....240
12.6 Los desafíos contemporáneos de la salud pública.....242

CAPITULO 13.
La seguridad social costarricense 244

13.1 Antecedentes 244
13.2 El desarrollo en Costa Rica 247
13.3 Nacimiento de la reforma social 250
13.4 El desarrollo del Seguro Social.....256
13.5 El desarrollo de la universalización 262

CAPITULO 14.
Costa Rica, avances en salud en el siglo XX 268

14.1 Escenario en las Américas al final del Siglo XX.....269
14.2 Escenario de la salud en Costa Rica en el Siglo XX 271
14.3 Avances en salud en Costa Rica en el Siglo XX 274
14.4 Coordinación de la cooperación internacional en salud.....285
14.5 Participación en el desarrollo sanitario y la
pacificación en Centroamérica 286
14.6 Atención primaria y renovación de Salud para Todos.....287
14.7 Perspectivas de la salud en Costa Rica.....288

CAPITULO 15.
Aportes de la OPS en la salud pública costarricense 292

I PARTE

Delegados de la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en San José, Costa Rica, en 1910. Había ya una creciente preocupación con la cooperación internacional en vacuna contra la viruela, control de la malaria y tuberculosis, legislación nacional en salud e investigación en enfermedades tropicales.

Capítulo 1. La Salud en Costa Rica: marco conceptual histórico

*Lic. Carlos Eduardo González Pacheco**
*Dr. Edgar Manuel Cabezas Solera***

1.1- De la formación del Estado al Estado social y benefactor

Después de la independencia política obtenida en 1821, Costa Rica va a experimentar un amplio proceso de búsqueda de alternativas de organización interna y del poder, de las cuales va a gestarse y consolidarse el Estado Nacional (territorio, soberanía, clases sociales, estructura económica, aparato político-administrativo, desarrollo institucional y jurídico, valores cívicos, etc.); situación que va a borrar definitivamente los vestigios de la herencia colonial, aunque la realidad fue que para las décadas finales de la colonia el conglomerado costarricense no era, desde el punto de vista social, ni económico ni igualitario; por el contrario, las diferencias entre los diversos grupos eran muy marcadas, con un franco predominio de los comerciantes y los funcionarios civiles, militares y eclesiásticos.

La conformación del Estado Nacional en Costa Rica se puede dividir en varios períodos, y dentro de un amplio y complejo recorrido. He aquí sus rasgos más sobresalientes, a manera de síntesis.

Periodo de despegue: esta etapa se inicia durante el mismo año de la Independencia y llega hasta los primeros años de la década de 1840. En cuanto al fortalecimiento y falta de un poder central, evidenciado por pugnas y disputas de carácter local entre grupos oligárquicos, se empieza a dirimir primeramente con la Guerra de Ochomogo (abril de 1823), conflicto armado protagonizado principalmente entre San José (intereses republicanos y liberales) y Cartago (intereses monárquicos y conservadores). Con el triunfo de los josefinos, se le estaba dando cuerpo a un asunto fundamental para el emergente Estado: la definición de la Capital y de un poder central con visos de articulación; situación que queda decididamente esclarecida con la guerra de la Liga (septiembre de 1935), cuando, mediante otro conflicto bélico, San José derrota los intereses localistas de Alajuela, Heredia y Cartago. De esta forma, San José se erige como la principal ciudad desde el ámbito político y económico.

** Historiador Hospital San Juan de Dios, Dirección General.*
*** Jefe Sección Cirugía, Hospital San Juan de Dios.*

No cabe la menor duda que el proceso de Formación del Estado enfrentaría diversas disyuntivas con respecto a la estructuración y el ejercicio del poder político. En este sentido, la primera Junta de Legados después de la Independencia vino a sustituir al Gobernador de la Provincia, para que con el ingreso de Costa Rica a la República Federal Centroamericana (en 1824) se diera cabida a diferentes regulaciones, y que con la "Ley del Estado de Costa Rica" se normaría lo referente al sufragio, al régimen municipal y los supremos poderes. De esta forma, es nombrado como primer Jefe de Estado don Juan Mora Fernández (período 1824-1833), con lo que la dirigencia con estrechos lazos josefinos asume la vanguardia del poder y el control político del naciente Estado, aparte de que ya se habían convertido en un grupo económicamente fuerte debido a sus actividades comerciales desde mucho antes de la llegada de la Independencia (minería, tabaco, ganadería, etc.).

Aunado a lo anterior, el período de Gobierno del Lic. Braulio Carrillo (1835-1842) va a ser fundamental para la conformación del Estado nacional, ya que gracias a su impulso se continuó con las medidas de ordenamiento gubernamental, además de emitirse toda una serie de reformas y códigos para los ámbitos jurídico, policial y económico, y sin olvidar el profundo apoyo que le daría al cultivo del café, lo que traería enormes transformaciones para el posterior desarrollo político y económico-social.

Otro de los aspectos que también se iría conformando en este período lo sería lo relativo al territorio. En efecto, la Anexión del Partido de Nicoya a Costa Rica se hizo realidad en 1824, aunque en 1836 Colombia se apropio de una amplia zona que pertenecía al territorio costarricense: Bocas del Toro. Luego, en 1858, se definen los límites con Nicaragua con el Tratado Cañas-Jerez, y no fue hasta 1941 en que se finiquitan los límites con Panamá con el Tratado Echandi-Fernández; además, la gesta llevada a cabo por el ejército costarricense en la guerra contra las huestes filibusteras esclavistas lideradas William Walker, fortaleció la soberanía, valores cívicos y la identidad nacional.

Periodo de definición: esta etapa se puede señalar que arranca desde el primer quinquenio de la década de 1840 y se moldea decididamente para los primeros años de 1870; situación que se va a extender hasta los años cuarenta del siguiente siglo, aunque con algunas interrupciones. En esta coyuntura es cuando se va a delinear ideológicamente el Estado Nacional como un Estado Oligárquico Liberal. ¿Por qué razones?

Una de las razones principales para que el Estado costarricense se conformara de dicha forma se va a deber al amplio impulso que se le asignará al cultivo y exportación del café y actividades conexas.

Efectivamente, la realidad fue que antes del café no existió una base económica sólida que integrara al país al mercado internacional. Decididamente, esto se va a lograr con el desarrollo de la actividad cafetalera, la cual generaría una serie de cambios que transformarían la sociedad costarricense desde el punto de vista político, económico y social. Empero, porque con las exportaciones de café a Gran Bretaña se va a iniciar un cambio cualitativo trascendental pues la otrora acumulación mercantil simple basada en el intercambio desigual, típico del período colonial y primeros años de la independencia, va a dar paso a la acumu-

lación basada en la extracción directa de la plusvalía. O sea que, la transición al capitalismo supuso una mercantilización de la economía campesina, y que se va a especializar en la producción cafetalera para el mercado mundial y, a la vez, como la progresiva penetración de un capital comercial que se expande y somete a la a la producción campesina y también organiza la propia producción con el surgimiento de la hacienda cafetalera. De esta forma emerge el capitalismo agrario en Costa Rica, inclusive, ya para la década de 1850, y en adelante, el monocultivo del café, por tanto, será la base de la economía decimonónica nacional.

Desde una perspectiva social, al consolidarse el capitalismo agrario en Costa Rica, no solamente surge una clase de jornaleros agrícolas, sino que, también, los pequeños productores de café tendieron a ser menos dueños, aparte de toda una estratificación social que emerge vinculada al producto de exportación. En la cúspide, obviamente, van a estar los grandes comerciantes, que con el mayor aprovechamiento de las tierras, el beneficiado, el control del crédito y la comercialización del café, se constituirán en una oligarquía con plena influencia y poder político y económico.

En el plano político, el grupo poderoso vinculado al café (denominado oligarquía cafetalera) asumirá el control del país, y a pesar de la inestabilidad política que va a caracterizar el período, van a lograr su objetivo: la conformación de un Estado Oligárquico y Liberal. Esto último debido a que ideológicamente también la estructura del Estado nacional se sustentará en los principios económicos que profesaba el liberalismo: la propiedad privada, el libre cambio, el sistema de mercados, la libre empresa y la no intervención del Estado en los asuntos económicos, entre otros aspectos de importancia; a su vez, también estarán presentes los principios políticos del liberalismo: las libertades públicas e individuales.

Es importante resaltar que para estos años se realizan esfuerzos para regular convenientemente el tráfico comercial, el desarrollo de vías de comunicación, la centralización de la educación y el apoyo a la cultura, la expansión del mercado interno, la mercantilización de la sociedad y algo sumamente necesario: la Proclamación de la República de Costa Rica en 1848, con la que el Dr. José María Castro Madriz pasa de ser el último Jefe de Estado a primer Presidente de Costa Rica, quedando atrás cualquier ligamen que se tuviera con la fallida República Federal Centroamericana.

Indiscutiblemente, ya para el último quinquenio de la década de 1860 iban a estar resueltas algunas de las principales contradicciones que se confabulaban en la consolidación del Estado costarricense. Efectivamente, ya se habían resuelto el problema de ordenamiento jurídico y gubernamental, el asunto de capitalidad, la incorporación al mercado mundial como una economía monoexportadora y el delineamiento liberal positivista del aparato estatal.

Con la llegada del general Tomás Guardia al poder, en 1870, el país ingresa por un camino de estabilidad, debido al carácter autoritario de la gestión, en la cual la institución castrense va a tener un lugar preponderante, aparte de que en la Constitución de 1871 quedarán insertos los principios y conceptos liberales que regirán oficialmente a Costa Rica hasta

1948, aunque en esta etapa se sucederán también diversas crisis sociales, políticas y económicas que alterarán el orden establecido.

Periodo de cambio: en la década de 1940 se va a gestar en Costa Rica un nuevo modelo: el advenimiento del Estado Reformista y Benefactor. ¿Cuáles fueron las razones que originaron dicho cambio?

El modelo costarricense de Estado liberal agro-exportador (café al inicio y luego banano), dependiente del mercado mundial, en las primeras décadas del siglo XX va a recibir algunos atentados que pondrían al descubierto las limitaciones de la concepción liberal para la resolución de importantes problemas que afectarían a las mayorías de la población nacional; o sea, que a dicho modelo se le empezaría a cuestionar su derrotero, a pesar de su buena labor en obras de infraestructura, el desarrollo de diferentes instituciones y la creación de una cultura civilista, en lo que sobresalieron los Presidentes de la República: el Lic. Cleto González Víquez y el Lic. Ricardo Jiménez Oreamuno.

Concretamente en los años 20 y 30, el país se va a ver afectado por dos severas crisis: la primera guerra mundial y la zozobra causada por la depresión de 1929, cuyas consecuencias fueron funestas para la economía nacional y para la gran masa trabajadora vinculada a los principales productos, ya que los precios y las exportaciones bajaron ostensiblemente, así como la entrada de divisas. También se va a dar un aumento desmedido en el valor de las importaciones, un desequilibrio comercial y fiscal, alza de precios y devaluaciones, entre otros aspectos.

Ante tal panorama, obviamente las condiciones negativas del país iban a afectar drásticamente las condiciones económicas y la estabilidad social de diversos estratos de la población nacional, además de que la crisis también iba a repercutir notoriamente en contra de la clase política agro-exportadora en sus aspiraciones.

Al fragor de tales acontecimientos, por tanto, diversas agrupaciones y organizaciones van a tomar cuerpo en busca de soluciones y mejoras para con los grupos más desprotegidos. Así, de esta forma, los gremios mutualistas (típicos de finales del siglo XIX) se van a convertir ahora en organizaciones sindicales, como la Confederación General de Trabajadores. También van a aparecer grupos de protección, estudio y denuncia, lo mismo que partidos políticos que abogaban por cambios y reformas sustanciales en la estructura y concepción del Estado: el Centro Germinal, la Liga Cívica, el partido Socialista Costarricense, el Bloque de Obreros y Campesinos y el partido Reformista, por mencionar a algunas. A su vez, y aunado a lo anterior, una serie de acontecimientos con la seria intención de que el Estado, por medio del Poder Ejecutivo intervenga en los asuntos económicos y sociales va a ir tomando cuerpo; obviamente, serán un claro antecedente del Estado reformista e interventor que se forjará a partir de la década de 1940.

Uno de principales intentos por cambiar la concepción del Estado lo va a dar el Gobierno del Lic. Alfredo González Flores (1914-1917), quien concebía el Estado como un órgano que se debería de encargar de las funciones que fuesen superiores a las fuerzas individuales, y de este modo habría un balance entre los económicamente fuertes y los débiles.

Definitivamente, González Flores plantearía medidas de corte económico y tributario como forma alternativa de solución a la crisis por la que atravesaba el país. Así, de esta forma, presentaría al Congreso Nacional importantes y novedosos proyectos como los siguientes: creación de una Oficina de Catastro Nacional (para determinar el correcto impuesto a las propiedades), la Ley general de Impuestos Directos, la Ley sobre la Contribución Territorial, la Ley de Impuesto sobre la Renta y la Ley sobre la contribución de Obras de Interés Público, entre otros aspectos. Sin embargo, estas primeras aristas de intervención del Estado se vinieron a pique, debido a que los grupos dominantes no quisieron aceptarlo, porque tenían que dar concesiones de sus privilegios. Conclusión: un golpe de Estado puso fin a las buenas intenciones de González en sus afanes de intervención, aunque posteriormente se emitieron decretos que tibiamente estarían asociados a una intervención del Estado. Tales son los casos de la Ley de Accidentes de Trabajo y Seguros (1924), la Creación de la Secretaría de Trabajo y Bienestar Social (1928, aunque no tuvo los efectos deseados en su momento) y la creación de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social (1927).

Empero, las condiciones estaban efervescentes para que otros grupos emergieran en aras de proponer ideas y planes para mitigar la carencia de legislación que favoreciera a los sectores populares. Con esta inquietud aparece el Partido Reformista, liderado por el sacerdote y general Jorge Volio, bajo la influencia del credo social-cristiano y el movimiento Aprista. El manifiesto de este partido propugnaba por una intervención directa del Estado para lograr diversas reformas: estabilidad laboral, fondos para ayuda mutua, programas de vivienda, formación de cooperativas, programas de nutrición e higienización, la fundación de una universidad, creación de colegios agropecuarios y vocacionales, políticas de estabilización monetaria y la promulgación de una nueva Constitución Política, entre lo más sobresaliente. Finalmente, el proyecto político de Volio quedaría truncado al unirse con el partido del Lic. Ricardo Jiménez.

Dentro de esta coyuntura, aparece como reacción contraria al modelo liberal el Partido Comunista de Costa Rica con el nombre de Bloque de Obreros y Campesinos (1931). Su programa pretendía la necesidad de implantar una verdadera lucha de reivindicación social por medio de una fehaciente intervención estatal, así como el establecer un seguro social a cargo por el Estado, el establecimiento de jornadas laborales de ocho horas y de salarios mínimos, el derecho a la organización sindical, la provisión de habitaciones higiénicas, la propuesta de una reforma agraria profunda y el fomento de las instituciones de educación, principalmente.

Con los antecedentes expuestos, en la década de 1940 y en adelante, el Estado costarricense va a dar un vuelco profundo en su quehacer, debido al papel primeramente reformista, impulsado por el Dr. Rafael A. Calderón Guardia, y luego benefactor, con el empuje de diversas fuerzas de oposición lideradas por don José Figueres Ferrer en el control político.

El Dr. Calderón Guardia gestó el Estado Reformista en Costa Rica al introducir toda una serie de cambios en el ámbito social: la creación de la Universidad de Costa Rica, la Caja Costarricense de Seguro Social, la creación del Proyecto de Casas Baratas, las Garantías So-

ciales y el Código de Trabajo, por mencionar los más representativos. Con esto, el Dr. Calderón estaba iniciando el cambio del modelo de Estado: el Estado Liberal Oligárquico estaba dando paso al Reformista, sobre todo en el ámbito social, situación que también era ya una corriente innovadora en otros países de Latinoamérica.

No cabe la menor duda que para llevar a cabo esta extraordinaria obra, la influencia de los principios social-cristianos impactaron enormemente en la práctica del médico-caudillo: la, encíclicas papales Rerum Novarum y Quadragessimo Anno, además del Código de Malinas. Sin embargo, y dentro de este marco de acción, las condiciones que ostentaba el Dr. Calderón fueron básicas para poner en práctica la reforma: liderazgo, sensibilidad social, conocimientos (estudios de medicina en Bélgica) y actitud filantrópica, aparte de que también fue importante el aporte de ideas que al respecto habían trazado otros costarricenses en su momento.

Pero a la par de él, dos extraordinarios líderes le brindaron un encomiable apoyo para plasmar la reforma social: Monseñor Víctor Manuel Sanabria y el Lic. Manuel Mora. Esto debido a que Calderón Guardia había perdido el apoyo de los grupos económicamente poderosos por su interés en aplicar las condiciones reformistas, las cuales chocaban contra el ideario de las fracciones dominantes.

Efectivamente, tanto el líder de la Iglesia Católica, así como el del partido comunista, aunaron actitudes e influencias que irían a favorecer al Dr. Calderón, ya que estaban convencidos de los beneficios que traería la mencionada reforma a los estratos más marginados, que en buena parte ellos mismos representaban. Conclusión: el Estado Reformista fue una realidad que se plasmó en los primeros años de los cuarenta, y sus Garantías van a quedar involucradas en la Constitución Política (todavía estaba vigente la Constitución liberal emitida en 1871).

A pesar de la Reforma Social efectuada en la administración del Dr. Calderón Guardia, la realidad es que en esta década la polarización de las fuerzas políticas iba a ser el común denominador, aparte de que los procesos electorales fueron enmarcados (para buena parte de la oposición) como fraudulentos; esta oposición estaría representada, entre otros, por el visionario caudillo José Figueres Ferrer, líder del partido Acción Demócrata, así como por un grupo de jóvenes pertenecientes al Centro para el Estudio de los Problemas Nacionales (encabezados por el Lic. Rodrigo Facio) y por el mismo periodista Otilio Ulate. Como desenlace de la efervescencia política, en 1948 se va a dar un conflicto armado entre las fuerzas de oposición comandadas por Figueres, y las tropas afines al Gobierno y al calderonismo. De la denominada "Revolución del 48" saldrían victoriosas las fuerzas aglutinadas en torno a don José Figueres, y de ellas saldría una Junta que gobernaría el país por un espacio de 18 meses, y que luego entregaría el poder a don Otilio Ulate, presunto ganador de las elecciones con el partido Unión Nacional.

Específicamente, los aspectos más sobresalientes dentro de los aportes plasmados por dicha Junta de Gobierno (que presidía el mismo Figueres) los van a representar los cambios que introducen en el ámbito político, económico e institucional, que quedarán evidenciados en la Constitución Política emitida en 1949. En la misma, la activa participación del Estado

en los diferentes órdenes de la vida nacional sería el punto culminante para la transformación general de la Nación, y con ella estaba emergiendo una nueva conformación: el Estado Benefactor, que llevaría en el transcurso de buena parte del siglo XX a lograr los más importantes índices de desarrollo para beneficio de la población nacional.

En síntesis, los moldes reformistas de corte social impulsados a partir de la administración del Dr. Calderón Guardia, y los amplios cambios propuestos por la Junta de Gobierno liderada por Figueres, sentaron las bases ideológicas y doctrinales en donde se sustentaría la intervención del Estado para los diferentes órdenes de la vida nacional.

1.2- De las Juntas Sanitarias y de Higiene a la creación de la Secretaria de Salubridad Pública

Las primeras formas de atender lo relativo a la salud de la población nacional después de la independencia por parte del Estado se organizaron por medio de las denominadas Juntas Sanitarias y de Higiene, y estuvieron principalmente orientadas a la prevención y tratamiento de enfermedades como el cólera y la lepra. O sea que la participación del Estado nacional en materia de salud era indirecta, ya que, aunque oficial y paradójicamente le correspondía al ente policial encargarse de dicho asunto, en la realidad se delegaba ese aspecto a la sociedad civil, con la conformación de juntas y otras organizaciones de carácter cívico-religioso, a pesar de que la población del país era presa fácil de diversas enfermedades, sobre todo las infecciosas, situación que se agravaba debido a que Costa Rica no contaba todavía con un hospital de influencia nacional y bien estructurado (hasta 1845 se emite el decreto formal de creación del Hospital San Juan de Dios).

Una de estas primeras Juntas que se formaron en ese sentido fue la que se denominó "Junta General de Sanidad" (mayo de 1836). Estuvo compuesta y representada por diversos sectores de influencia, e incluía al Secretario de la Cartera de Policía (Ministro). Su objetivo era el de salvaguardar la salud pública en general, en especial de la terrible enfermedad del cólera, enfermedad que amenazó con disgregarse por Centroamérica, y que también afectó a Costa Rica en diversas ocasiones (como cuando el ejercito costarricense trajo al país el germen del cólera de Nicaragua luego de la lucha armada contra los filibusteros lo que causó la muerte del 10% de la población nacional).

Además de esta "Junta General", también durante las primeras décadas como Estado independiente, funcionaron Juntas de Sanidad y de Higiene a nivel provincial y local, cuya responsabilidad principal era la de tomar las medidas concernientes para evitar contagios entre las comarcas y pueblos de su jurisdicción. Estos entes estuvieron conformados por representantes probos, dispuestos a servir a sus comunidades, y fueron influenciados, a su vez, por el clero respectivo.

Entre estas primeras formas de atención, también debe citarse a los "Médicos de Pueblo" (creados mediante decreto ejecutivo en 1847), cuyo vínculo estaría determinado por las mis-

mas municipalidades distribuidas en el país, y cuyos servicios estaban dirigidos principalmente a los asuntos-médicos legales y de salubridad en general, dando prioridad a los habitantes pobres; situación que se va a ir complementando con los "Médicos de Higiene y de Sanidad", distribuidos en los principales centros de población.

De esta manera, a finales del siglo XIX e inicios del XX, ya se puede observar los primeros antecedentes de organización en el campo de la salud, que van a constituir los elementos precursores de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social (la cual se fundaría en 1927), con la que se involucraría más el Estado nacional en los asuntos de salud pública. Uno de estos primeros antecedentes lo constituye el decreto del Congreso Nacional, en 1894, que crea el Departamento de Profilaxis Venérea, órgano adscrito a la Secretaría de Policía, cuyo objetivo principal fue el control y tratamiento de las enfermedades venéreas y la prostitución en general, así como la creación, en el Hospital San Juan de Dios de una sala específica para el tratamiento venéreo de las mujeres, salón que estaría dirigido por el Dr. José María Soto.

Otros antecedentes de importancia también lo serían la lucha contra la anquilostomiasis, la atención materno-infantil, la atención sanitaria escolar y la creación de la Subsecretaría de Higiene. La anquilostomiasis constituía un flagelo caracterizado por la enfermedad denominada "cansancio" por la anemia que producía, que impactaba letalmente a los pobladores (sobre todo a campesinos, peones y jornaleros), y que repercutía negativamente en la economía nacional al atacar más directamente a trabajadores y recolectores vinculados al café., Durante la primera década del siglo XX el Poder Ejecutivo destinaría una partida destinada específicamente a financiar una "campaña" para combatir dicho mal, y posteriormente, en 1914, se cuenta para ese fin con la ayuda del Instituto Rockefeller, que se establece en Costa Rica y que, para tales efectos, nombra como primer representante en el país al Dr. H. Carter. Al año siguiente, con el apoyo de dicho Instituto se crea el Departamento de Anquilostomiasis, órgano especializado adscrito a la Secretaría de Policía, que contaría con un director, el Dr. L. Schapiro, y con un médico asistente, el Dr. Solón Núñez.

Aunada a lo anterior, otra unidad de relevancia que va a emerger sería el Departamento Sanitario Escolar con el fin de vigilar, prevenir y proteger la población de menores, que se complementó con unidades como las Colonias Veraniegas, la Atención Materno-infantil, las clínicas odontológicas, las oftalmológicas, la Lucha Antituberculosa y la Gota de Leche, por mencionar a algunas.

Para principios de la década de 1920 ya existían en Costa Rica varios entes para la atención de la higiene y salubridad, pero se encontraban dispersos y dependían de diversas Secretarías, situación que era contraproducente en momentos en que más bien se requería de un principio de centralización. Ante tales características, en el año 1922, el Gobierno de la República se decide a crear la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública (bajo la tutela del Dr. Solón Núñez) con la función de aglutinar en un ente las tareas afines, situación que se va a ver fortalecida con la entrada en vigor de la "Ley sobre Protección de la Salud Pública"; aunque siempre dependiente de la Secretaría de Policía.

Finalmente, en el año 1927, se toma la extraordinaria decisión de elevar la Subsecretaría al rango de Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social. ¿Por qué? Pues, a pesar de las buenas intenciones que se plantearon al conformarse dicha Subsecretaría, la realidad era que todavía le faltaba algo sustancial: poder político, control general y presupuestos adecuados, ya que era apenas una organización subordinada. Definitivamente, la participación directa y decidida por parte del Estado en asuntos de salubridad se va a dar a partir de la coyuntura en la que la Secretaría va a asumir un rol de vanguardia con respecto a la salud pública nacional con carácter independiente. De aquí, y con el Dr. Solón Núñez a la cabeza, se iniciará toda una espectacular y compleja etapa de estructuración de la Secretaría, con resultados óptimos para la salud nacional en el transcurrir del siglo XX en cuanto, entre otros aspectos, a reglamentación sanitaria y normativas específicas, campañas y luchas preventivas, advenimiento de organismos especializados para diferentes áreas, creación de unidades sanitarias, fiscalización de hospicios, clínicas y hospitales, control de alimentos y medicamentos, servicios de inspección, veterinaria de salud, laboratorios, ingeniería sanitaria, asuntos epidemiológicos, en fin, todo lo que le compete al profuso ámbito de la salubridad y la asistencia médico-social.

1.3- De la caridad y beneficencia a la seguridad social

Conceptual e ideológicamente el sistema de protección de la salud de los costarricenses dentro del transcurrir de los siglos XIX y XX fue sujeto de varias transformaciones teóricas y prácticas, obviamente enmarcadas en su momento histórico respectivo y de acuerdo también a los cambios concebidos al seno del mismo Estado nacional en cuanto a sus intereses políticos, sociales y sobretodo, los económicos.

La primera forma conceptual de atención de la salud después de la Independencia que se da en Costa Rica, fue bajo el concepto de caridad y abnegación cristiana, principios filosóficos, si se quiere, heredados de la época colonial, y que el naciente Estado, en formación y poco diferenciado, va a utilizar. Efectivamente, estos elementos prioritarios primeramente se van a manifestar en las Juntas de Caridad y Sanitarias en general, y principalmente en la Junta de Caridad de San José. En ellas están insertos como forma de atención (preventiva y curativa incipientes) los rasgos religiosos católicos que se desprenden del "Buen Samaritano" y de amor al prójimo, aparte del altruismo infundido por hermandades filantrópicas y asociaciones de bien común sin fines de lucro impulsadas por ciertos grupos de damas voluntarias e inmigrantes extranjeros. En esta primera fase, el enfermo, desde un punto de vista social y económico, recibía la connotación de desvalido, pobre o menesteroso.

Para las últimas décadas del siglo XIX y primeras del XX el derrotero conceptual será diferente, debido a que el Estado nacional, ahora bien diferenciado y de corte liberal, va a uti-

lizar la beneficencia y la sanidad pública como características fundamentales en las que encausará sus servicios médicos. Así, de este modo, se va a iniciar una participación más activa en cuanto a la creación de más hospitales, hospicios, unidades y departamentos especializados (Instituto Nacional de Higiene, Departamento Sanitario Escolar, Departamento de Anquilostomiasis, etc.); o sea que con la creación de estos últimos órganos se estaba pasando de meras acciones consultivas y superficiales a otras más resolutivas, además de que la Lotería Nacional se va a convertir en uno de los principales aliados que tendría el Estado para financiar la beneficencia a través de los dos principales hospitales josefinos: el Hospital San Juan de Dios y Hospital Psiquiátrico Chapuí. Pero aunado a esto, también en este período, una de las principales inclinaciones lo sería la sanidad, en función de preservar la salud de los individuos, y aún más, a los individuos que como trabajadores estaban vinculados a actividades económicas derivadas del café y del mismo banano, los cuales eran las principales víctimas de enfermedades como la anquilostomiasis, la malaria, la fiebre amarilla, la tisis y la disentería.

A partir de la década de 1920 la situación conceptual adquiriría muevas connotaciones, debido a que las instituciones de beneficencia y los organismos especializados se van a fusionar en una sola institución: la Secretaría de Salubridad pública y Protección Social, con lo cual el Estado estaba asumiendo el control directo de la beneficencia y la salud pública, situación que además representaba un presupuesto acorde a un Ministerio para aplicarlo en atención médica y distintos gastos de bien común. En este sentido, la elevación a rango constitucional de la Secretaría no solo se reflejaría desde el punto económico sino también doctrinal, ya que la beneficencia es sustituida por la asistencia y protección social, así también la terminología de menesteroso o desvalido va a cambiar por la de indigente o desempleado.

La década de 1940 va a traer enormes cambios para el derrotero de Costa Rica, cambios que transformarían los más variados órdenes de la vida nacional en relación a lo político, lo económico, lo institucional y lo social, y bajo la influencia de corrientes emanadas del social-cristianismo, la social-democracia y el aprismo, entre otras. Dentro de esta nueva coyuntura se enmarca el surgimiento de la seguridad social con base a criterios provenientes de la previsión y protección social, y dirigido principalmente a atenuar los efectos de la enfermedad, la incapacidad, la vejez y la maternidad, entre varios aspectos, y dirigido inicialmente a los trabajadores asalariados y sus dependientes, situación que tendería a la universalización con el paso de los años, y con logros de gran relieve. De esta forma los principios teórico-filosóficos que caracterizan la seguridad social serán una realidad en Costa Rica a partir del año 1941: solidaridad, equidad, justicia, universalidad e igualdad.

1.4- Del Protomedicato de la República al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica

Costa Rica, a inicios de la segundad mitad del siglo XIX, todavía no contaba con una agrupación colegiada que agrupara a los médicos que practicaban dicha profesión en el país. Sin embargo, por mandato del Presidente don Juan Rafael Mora, se va a establecer el Protomedicato de la República mediante decreto emitido en el mes de octubre del año 1857. Las razones que fundamentaron el nacimiento de este ente fueron, entre otras, las siguientes: favorecer los progresos de la ciencia médica, la protección de la salud pública y la necesidad de que los médicos (y también farmacéuticos, dentistas y obstetras) que ejercieran tal actividad tuvieran un centro de guía, regulación, autoridad y asociación. El Protomedicato abarcaba dos áreas: una, en función de Tribunal Médico, que lideraba el Protomédico (Presidente), acompañado de cuatro miembros más; la otra, en función de Sociedad Médica, con expectativas de orden literario y supervisor.

Durante varias décadas esta organización (de herencia medieval, y en especial de influencia española colonial) fue la que se encargaría de aglutinar todo lo referente a la práctica médica y actividades conexas. Sin embargo, ya para finales de siglo no llenaba las expectativas, debido a [DLS1]varios factores: falta de controles y una estructura inadecuada y no acorde a las condiciones políticas y socio-económicas del momento; además, para estos años ya había un buen número de médicos y farmacéuticos radicados en el país, por lo que se requería un mayor y mejor control.

La respuesta a la situación señalada lo sería sustituir la institución del Protomedicato por otra con renovados "aires". Así, en abril del año 1895 va a emerger la nueva organización, la cual se denominaría Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, con funciones como las siguientes: dirigir y promover la enseñanza de estas ciencias, conferir títulos, conceder y negar incorporaciones, velar porque los miembros de la Facultad se ajusten a los normativos y preceptos de la ciencia, ejercer vigilancia sobre la higiene y la salubridad pública y asistir y asesorar a los supremos poderes cuando estos lo estimen conveniente. Entre los aportes más sobresalientes plasmados por la facultad se encuentran la creación de la Escuela de Obstetricia, la fundación de la revista científica "Gaceta Médica", la fundación de la Escuela de Farmacia, la promoción de concursos médico-científicos y la incorporación de profesionales.

A pesar de la buena labor que estaba efectuando la Facultad, al seno de la misma se va a presentar un movimiento de separación por parte de los farmacéuticos de la organización. La razón de este movimiento se fundamentaba en que para finales del siglo XIX y principios del XX ya ejercían dicha disciplina un buen número de profesionales; sin embargo, eran los médicos los que todavía gozaban del derecho de boticas, aspecto éste que había sido concedido desde la década de 1840, y ratificado posteriormente en diferentes períodos. En el fondo, la realidad era que tanto los médicos como los farmacéuticos querían hacer casa aparte, situación que se va a aprobar mediante una Ley emitida en el mes de agosto de 1902, en la que quedarán separados definitivamente los respectivos gremios, por lo que des-

de esta fecha en adelante se marca el advenimiento del Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica y la Facultad de Medicina.

En la renovada Facultad de Medicina, estructuralmente se les daría énfasis a las generalidades, a sus fines, a sus deberes, a las obligaciones, a los fondos, a las sanciones y a las resoluciones. Esta Facultad estaría vigente entre los años de 1902 y 1940, e impulsaría toda una amplia gama de aportes de enorme beneficio para el gremio y la ciencia, las instituciones del Estado, los hospitales, la sanidad y la salubridad pública, en fin, se yergue como una institución asesora y colaboradora de los intereses nacionales.

Finalmente, la Facultad de Medicina nuevamente cambiaría de nombre en agosto de 1940. ¿Razón? al entrar en vigencia el decreto de creación de la Universidad de Costa Rica (que asumiría las diversas escuelas profesionales de enseñanza que funcionaban con anterioridad: Bellas Artes, Farmacia, Dental, Derecho, Agricultura y Educación), también se estaba proyectando el impulso de una escuela para la enseñanza de la medicina (como sucedió a partir de 1960), por lo que el término facultad era impropio para seguir utilizándolo de esa manera. Así, con esta base, de 1940 en adelante la Facultad de Medicina será conocida como Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, siendo sus principales responsabilidades las siguientes:

- Velar porque la profesión médica se ejerza con las normas de ética fundamentales.
- Promover el intercambio científico entre sus miembros, y con centros y autoridades científicas, nacionales y extranjeras.
- Promover las asociaciones médicas en las distintas especialidades.
- Impulsar actividades entre sus miembros.
- Velar porque no se ejerza la profesión ilegalmente.
- Evacuar las consultas de los supremos poderes.
- Impulsar el establecimiento de las mejores condiciones para el ejercicio de la medicina, un mayor compromiso de acción social para con la comunidad y una toma de conciencia del papel del médico en la defensa, fomento y recuperación de la salud del pueblo.

1.5- De la Junta de Caridad de San José a la creación del sistema hospitalario nacional

Antes de la independencia, el desarrollo médico y hospitalario de Costa Rica se caracterizó por la escasez de médicos titulados e instituciones de salud. Uno de los pocos intentos de manera doméstica lo va a dar el mismo Gobernador de la Provincia, Diego de la Haya, quien en la primera mitad del siglo XVIII intentó fundar en su propia casa de habitación un pequeño hospital para la atención de enfermos pobres.

Otro de los intentos se plasmará en Cartago y bajo el impulso de la alta jerarquía de la Iglesia Católica (Monseñor Esteban Lorenzo de Tristán, Obispo de Nicaragua y Costa Rica). En este sentido, en la década de 1780 se fundará un hospital administrado por clérigos de la Orden de San Juan de Dios, pero que sin embargo casi no funcionó, a pesar de las buenas intenciones, debido a la oposición de parte de algunos religiosos y demás autoridades civiles, aparte de la influencia que tenía el Dr. Esteban Courti (primer médico con título universitario en llegar a Costa Rica) dentro de la sociedad cartaginesa.

Después de la Independencia, el naciente Estado nacional evidenció contradicciones a la hora de tomar decisiones con respecto a la creación de casas de salud. Por un lado, se requería de un hospital general que brindara atención a los menesterosos; por el otro, se necesitaba un hospicio que acogiera a los afectados del mal de Hansen (lepra) y que representaban también una calamidad. El asunto vino a aclararse el 3 de julio de 1845 cuando un proyecto de creación de un hospital general con el nombre de San Juan de Dios, promovido por el Dr. José María Castro, fue aprobado por la Cámara de Representantes (Congreso Nacional), y paralelamente también se crea una Junta de Caridad (de San José) para su administración y resguardo. Con el inicio de labores de dicha Junta, a la vez, se estaba gestando el inicio de la conformación hospitalaria en el país, ya que la Junta de Protección Social de San José se convertiría, con base en los preceptos de caridad y protección social, en un ente de mucha gravitación para la vida nacional dentro del ámbito de la atención de la salud (curativa) y la beneficencia (fomentada por medio de la Lotería Nacional que fue creada en 1885), y sin descartar su enorme influencia política. Los hospitales San Juan de Dios, primeramente, y luego, el Nacional Psiquiátrico, que inicia funciones en 1890, se convertirían en dos abanderados en pos de recuperar la salud perdida de los ciudadanos. Además, a la par de esta organización inicial, también se van a ir creando diversas Juntas de Caridad a nivel provincial y cantonal, con el objetivo de fomentar las instalaciones hospitalarias de conveniencia local, y sin olvidarse de los hospitales producto de los enclaves bananeros (zona atlántica y pacífico sur).

Durante muchas décadas todos estos hospitales dependientes de la Juntas de Caridad (la mayoría con amplias limitaciones económicas) brindaron servicios médicos importantes a las poblaciones, aunque de manera prácticamente independiente y sin que un ente superior los cohesionara y supervisara, esto por cuanto cada junta tenía su propio reglamento. Tal situación inicialmente vendría a cambiar cuando, por medio de un decreto de 1936, se le daba vida a un Consejo Nacional de Salubridad, Beneficencia Pública y Protección Social. Este nuevo organismo, adscrito a la Secretaría, pretendía tener, entre sus funciones, la supervisión e inspección decidida de las instituciones de salud y beneficencia del país a través de una Oficina de Auditoría General, aparte de que las tradicionales Juntas de Caridad tuvieron que cambiar de nombre por el de Juntas de Protección Social; cambio que estaba más acorde en momentos en que el Estado quería participar en el control de dichas Juntas, así como la nociones de caridad habían dado paso a las de asistencia y protección social, y que se evidenciarían en 1940 cuando el Consejo Nacional de Salubridad se transformaría en Dirección General de Asistencia. [DLS2]

En 1950 a la Dirección General de Asistencia se le da un nuevo impulso con el propósito de tener mayor preponderancia sobre las instituciones de salud y beneficencia. Para lograr esto, se va a fundar el Consejo Técnico de Asistencia Médico-Social con la misión de asesorar, planificar, coordinar, supervisar, inspeccionar, valorar y orientar la red hospitalaria costarricense, el cual es presidido por el Director General de Asistencia. Precisamente es en esta coyuntura en donde se enmarca el nacimiento formal del Sistema Hospitalario Nacional, aunque todavía por varias décadas más la infraestructura hospitalaria seguiría patrimonialmente dependiendo del mismo Ministerio de Salubridad (principalmente unidades sanitarias y hospicios), las Juntas de Protección Social, las compañías bananeras y a la Caja Costarricense de Seguro Social, por lo la duplicación de servicios, elevación de costos y la falta de una política uniformadora se convertirían en un problema beligerante.

Con relación a lo último acotado, finalmente la cuestión vendría a resolverse mediante una enmienda constitucional decretada en 1961 (en el Gobierno del Lic. Mario Echandi) que imponía a la CCSS la obligación de extender a toda la población el Régimen de Enfermedad y Maternidad a un plazo de 10 años.

Los cambios extraordinarios que sucedieron a partir de los años setenta (períodos de Gobierno de don José Figueres y el Lic. Daniel Oduber) tendrían repercusiones y alcances de enorme relieve para la atención de la salud de los habitantes y la mejora de los índices de salud, que se pueden sintetizar en: la creación de un sistema único e integrado de salud; la promulgación de la Ley General de Salud; el impulso inter-institucional de planes nacionales de salud; universalización de la atención médica a toda la población; el traspaso de todos los hospitales a la CCSS; la ruptura de los topes de cotización; la promulgación de la Ley de Asignaciones Familiares y la división de funciones del Ministerio de Salud como ente rector del sector salud y la Caja Costarricense de Seguro Social como institución responsable de la atención de la salud de las personas.

Bibliografía

Acuña, Victor y Molina, Ivan. El desarrollo económico y social de Costa Rica. Editorial Alma Mater, 1986.

Blanco, Alfredo. Los médicos en Costa Rica y su influencia en el desarrollo social y económico. Editorial Mundo Gráfico, 1997.

Bulow, Tulio. Apuntes para la historia de la medicina en costa rica. Revistas de archivo nacional # 9 y 10

Cabezas, Edgar. La medicina en Costa Rica. Editorial EDNASSS, 1990.

Calderón, Manuel. Proceso y estructura del liberalismo en Costa Rica. Editorial guayacán, 19988.

Cerdas, Rodolfo. La formación del Estado en Costa Rica. Editorial Universidad de Costa Rica, 1978.

Cruz, Yolanda. La junta de caridad de San José. Universidad Nacional, 1981.
Facio, Rodrigo. Estudio sobre la economía costarricense. Editorial Costa Rica, 1990.
Garcia, Juan: La medicina estatal en América Latina. Editorial ICAP, 1989.
González, Carlos. Colección de periódicos y otros documentos relativos a la historia de la salud publica costarricense. Hospital San Juan de Dios.
González, Carlos. Hospital San Juan de Dios, 150 años de historia. Editorial EDNASSS, 1995.
González, Carlos. Vida y obra del Dr. Gumersindo Velásquez. EDNASSS, 1992.
González, Paulino. Trayectoria de la educación superior en Costa Rica. Universidad de Costa Rica, 1974.
Lachner, Vicente. Revista de Costa Rica en el siglo XIX. Imprenta Nacional, 1902.
Malavassi, Guillermo. Los principios cristianos de la justicia social y la realidad histórica de Costa Rica. Lehmann, 1977.
Meléndez, Carlos. Historia de Costa Rica. Editorial EUNED, 1999.
Ministerio de Salud. Memoria, 1977.
Miranda, Guido. La seguridad social en Costa Rica. Editorial EDNASSS, 1988.
Mohs, Edgar. La salud en Costa Rica. EUNED, 1983.
Molina, Ivan y Palmer, Steven. Historia de Costa Rica. Editorial Universidad de Costa Rica, 2000.
Molina, Ivan. El legado colonial y la génesis del capitalismo en costa rica. Editorial Universidad de Costa Rica, 1991.
Ortiz, Bienvenido. Decretos, leyes y circulares referentes a medicina e higiene. Imprenta Nacional, 1921.
Pérez, Hector. Breve historia de Costa Rica. Fondo cultura económica, 1997.
Resenberg, Mark. Las luchas por el Seguro Social en Costa Rica. Editorial Costa Rica, 1983.
Salazar, Jorge. Estado liberal y luchas sociales en Costa Rica. Revista de Ciencias Sociales, 1987.
Salazar, Jorge. La legislación social en Costa Rica inédito, 1983.
Salazar, Orlando. La democracia liberal en Costa Rica. Editorial SECASA, 1983.
Universidad Nacional y Universidad Estatal a Distancia. Enciclopedia Nuestra historia patria. Editorial EUNED, 1997.
Vega, José Luis. La formación del Estado nacional en Costa Rica. ICAP, 1981.

Capítulo 2. Evolución histórica de la salud y el desarrollo socioeconómico y político

*Dr. Lenín Sáenz**

Tanto la salud como la enfermedad, son los productos de un conjunto de elementos y factores, de origen genético (propios de los individuos), ambiental (relacionados con el ambiente físico), económico o social, que interactúan en una sociedad, conformando un proceso sistémico. En Costa Rica, la forma en que estos factores y elementos evolucionaron a lo largo del siglo XX, determinó cambios sustanciales, tanto en su perfil epidemiológico como en la organización y prestación de sus servicios de salud. Se destaca, en especial, la forma en que al asumir el Estado una participación más activa en el desarrollo social, en los años 40, se inició una mejoría de la situación sanitaria, que logró una aceleración espectacular en los años 70, por medio de un conjunto de políticas que aprovecharon en forma oportuna una situación de bonanza económica, y la manera en que prácticamente se estancó este progreso, bajo el embate de la crisis de los años 80.

2.1- Conceptos generales

Clásicamente, la salud se concibió, con un criterio estrictamente fisiológico, como "un estado de armonía y equilibrio funcional que se traduce en el silencio orgánico". Esto condujo a que, en la práctica, se la considerara simplemente como algo antagónico a la enfermedad Esta definición asignaba a este fenómeno el carácter estático de una situación en la que nada sucede, y entorpecía su comprensión como el resultado de una lucha continua del organismo para mantener un estado de equilibrio (físico, mental y social) satisfactorio, ante la acción de los numerosos factores del ambiente que perturban su bienestar. [1]

En contraste con este concepto, actualmente se considera que la salud es algo dinámico, y que tanto ella como la enfermedad son los productos de un conjunto de elementos y factores del individuo (o de la población) y del ambiente que interactúan en una comunidad conformando un proceso sistémico, y cuyo origen puede ser: genético (propios de los individuos),

**Ex director de Planificación del Ministerio de Salud*

1 Sáenz, Lenín. Administración de servicios de salud. Segunda edición, UNED, San José, Costa Rica,1998,P. 55

ambiental (relacionados con el ambiente físico), económico o social. La buena salud de un individuo, o un grupo de población, es el resultado de su adaptación dinámica a los factores o situaciones que perturban su bienestar, ante los cuales se genera una respuesta activa de diversos mecanismos destinados a mantener este equilibrio normal. Estos mecanismos pueden ser internos (propios de la biología del individuo, o del grupo social) o externos (propios de la vida en sociedad dentro de la cual está inmerso).

Entre los factores genéticos, además de ciertas alteraciones congénitas, se pueden mencionar el sexo, la edad y el grupo étnico y otros, que son afectados, en especial, por algunos procesos como: el embarazo, el parto, el puerperio y otros que son propias de un sexo; de edad, las enfermedades diarreicas que son más comunes en los menores de 5 años; la anemia de células falciformes que afecta a la raza negra; e incluso, algunas como la hemofilia que afectan a ciertas familias, cuya transmisión se encuentra ligada al sexo.

Entre los factores ambientales se pueden citar: el clima, la altitud, las condiciones del terreno, la contaminación ambiental, la calidad de abastecimiento de agua, entre otros.

Por su parte, los factores económicos y los sociales conforman un conjunto con características propias que varían profundamente en cada país, que condicionan la organización de sus servicios de salud, y entre los cuales los que parecen ejercer mayor influencia al respecto son el crecimiento económico y la orientación socio-política nacional. Del crecimiento económico depende la disponibilidad de recursos, mientras la orientación socio-política determina tres aspectos fundamentales para la definición de ese modelo: a) lo que representa la salud como valor social; b) el estado de colectivismo o de individualismo predominante; y c) y el grado de responsabilidad distributiva existente.[2]

La importancia de la salud como valor social se aprecia en la forma en que una sociedad asume la atención de sus problemas de salud. Cuando se responsabiliza por entero, desde el punto de vista material y financiero, de la prestación de los servicios necesarios para resolverlos, y ellos responden razonablemente a la satisfacción de las necesidades existentes, lo que se considera elevado. Cuando se comparte la responsabilidad financiera y material de su atención entre la sociedad y el individuo (como, por ejemplo, cuando se cubre con un seguro sólo una parte de los gastos en salud), se considera que es moderado. Finalmente, cuando ese valor es escaso, la sociedad asume relativamente poca responsabilidad financiera y material (como ocurre, por ejemplo, en países en los que sólo existen algunos servicios, o en los que se protege sólo a grupos restringidos de población) y se deja a los individuos la mayor parte de la responsabilidad en materia de salud.

El predominio del colectivismo o del individualismo depende de los valores propios de cada sociedad y de la medida en que sus individuos toleran la reglamentación y la orientación. La situación puede variar desde un grado máximo de colectivismo, en el cual el sistema existe para beneficiar a la sociedad como un todo y deja poca o ninguna posibilidad de elección

2 Kleczkowski, Bodan, Vilton Roemer y Albeert Van Der Werff Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos. O.M.S. Ginebra, 1984. P. 27.

al individuo, hasta uno de máximo individualismo, caso en el que los servicios se desarrollan en forma independiente y desarticulada, y se considera a la falta de salud y de atención sanitaria como problemas individuales, a no ser que constituyan una amenaza directa para la sociedad, como en el caso de epidemia.

Por su parte, la responsabilidad distributiva puede variar, desde un grado elevado, cuando a cada ciudadano se le garantiza el acceso a la misma calidad de servicios, hasta un nivel reducido, cuando la sociedad no asume la responsabilidad de distribuir los recursos y los servicios, y sólo planifica esa distribución de manera limitada para algunos propósitos, como la educación, la investigación o algunas actividades caritativas.

Entre las características nacionales, la orientación socio-política pareciera ser la que más influye para determinar los rasgos sobresalientes de los modelos de organización de los sistemas de servicios de salud, tales como su propiedad gubernamental o privada, su grado de centralización o descentralización, su forma de financiamiento y la unidad o multiplicidad de los organismos y programas responsables de la preservación y recuperación de la salud.

En Costa Rica, en lo referente a la atención de la salud, prácticamente todos los factores mencionados han variado en el transcurso del siglo XX y, aunque se encuentran muchas situaciones similares a las de otros países latinoamericanos, también se aprecian muchos rasgos propios de su crecimiento económico y de su orientación sociopolítica, que permiten explicar la forma en que el país ha enfrentado sus problemas y organizado sus servicios de salud en distintos momentos de la vida nacional. Tomando en cuenta el predominio de tales factores en ciertos períodos, lo ocurrido en ese siglo se puede agrupar en cuatro etapas con características propias: a) las primeras cuatro décadas, b) el período entre 1940 y 1970: c) la década de los años 70; y d) las dos décadas finales.

2.2- Las 4 primeras décadas del Siglo XX. El enfoque liberal

Durante las primeras cuatro décadas de este siglo, la economía, del modelo de "crecimiento hacia fuera", de estructura primaria, débil y muy vulnerable, sufrió una serie de crisis, debidas a factores externos e internos, que afectaron, en especial, a los estratos populares.

En un sistema político de tipo liberal, la acción estatal dirigida hacia los sectores sociales fue bastante restringida. Aunque desde 1869 la educación primaria había sido declarara gratuita, obligatoria y costeada por el Estado, el analfabetismo se mantuvo durante este período entre 55% y 26.7%.[3]

En el campo de la salud pública esa acción se orientó a suplir lo que el individuo y la iniciativa privada no eran capaces de hacer, y dedicó sus esfuerzos a legislar y a adoptar me-

3 Mata, Leonardo y Luis Rosero. National health and social development in Costa Rica. Case study of intersectoral action. PAHO, Washington D.C. U.S.A, 1988, p36.

didas sanitarias de carácter colectivo, dejando a la medicina privada la atención a los individuos. Se promulgó abundante legislación sanitaria, que incluyó la declaración obligatoria de enfermedades, se responsabilizó a las municipalidades de la higiene local y de algunas otras labores de salud y se crearon varios organismos destinados al control de algunas enfermedades transmisibles y al cuidado de la salud de las madres y los niños con medidas higiénicas. Se iniciaron los programas de Lucha Antituberculosa y Lucha contra la Malaria. Todas estas dependencias, inicialmente dispersas, se integraron en 1922, para crear la "Subsecretaría de Higiene y Salud Pública", dependiente de la "Secretaría de Policía", la cual, a su vez, constituyó la base para la creación, en 1927, de la "Secretaría de Estado en el Despacho de Salubridad Pública y Protección Social".[4]

Desde finales del siglo anterior, por Decreto Constitucional, había sido dividido el territorio nacional en Circuitos Médicos para el control de la higiene y la salubridad pública, medicina legal y asistencia a los pobres. En algunos de ellos, habían sido establecidas Medicaturas de Pueblo,[5] que dependían financiera y administrativamente de las municipalidades y estaban orientadas, básicamente al control de epidemias y daban atención a los pobres con el concepto de caridad. Con base en ellas, se establecieron, en 1932, las primeras Unidades Sanitarias, en aquella Secretaría. Por su parte, los hospitales, existentes desde mediados del siglo XIX, eran regidos por "Juntas de Caridad", que actuaban con gran independencia. La atención médica que se prestaba en ellos se subvencionó, al inicio con el producto de un "impuesto de beneficencia" y después, con las rentas de la "lotería nacional".

Aunque hubo alguna preocupación por la creación de la Seguridad Social en el país, el contexto socio económico aún no era el adecuado para lograrlo. En 1907 surgió el primer intento de conseguir una Ley que protegiera de riesgos profesionales a los trabajadores, pero sólo 18 años después, se aprobó una, acorde con la ideología prevalente, que creó un "Banco Nacional de Seguros", al que responsabilizó de la atención de los accidentes de trabajo y le concedió el monopolio estatal de todo tipo de seguros. Años después, este banco se transformó en el Instituto Nacional de Seguros.

Como precursora de la seguridad social se puede considerar la promulgación, en 1926, de la "Ley contra el Ofidismo", que consideró a la mordedura por serpientes venenosas como una enfermedad profesional de los trabajadores agrícolas y dispuso que la muerte de uno de ellos por esta causa, en fincas cuyos dueños no dispusieran del suero antiofídico, debería ser compensada con el pago, durante un año, a su familia, del jornal que aquel devengaba.[6]

El primer producto de la respuesta estatal a la presión de grupos trabajadores organizados fue la promulgación, en 1934 y 1935, de la ley y los reglamentos de hospitalización de los trabajadores bananeros, que obligaron a retener el 1% de la venta del banano, para financiar la atención hospitalaria de los trabajadores de esta agroindustria rural.

---

4 Salas, Rodrigo, R. Meneses y M. de los A. Gómez. Memoria del cincuentenario del Ministerio de Salud y de la salud pública en Costa Rica. Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1972. Pp. 1 - 2.

5 Salas, Rodrigo, R. Meneses y M. de los A. Gómez. Op citt. P. 4

6 Salas, Rodrigo, R. Meneses y M. de los A. Gómez. Op citt. P. 29.

En este contexto, durante todo el período, la mortalidad general y la infantil fueron muy altas, y sus tasas fluctuaron en forma muy irregular. La mortalidad proporcional de menores de 5 años, tradicionalmente relacionada con la existencia de condiciones sanitarias y nutricionales deficientes, representó alrededor del 51% de las defunciones. El predominio de las enfermedades infecciosas y parasitarias era tan amplio, que en 1920 fueron la causa del 65% de las defunciones. Entre ellas, se destacaron el parasitismo intestinal, la malaria y la tuberculosis. La esperanza de vida al nacer, que fue de 34,7 años en 1900, apenas llegó a 46,9 años, en 1940.

Lo ocurrido en este período en el campo de la salud nos enseña que la acción aislada de este sector, en un ambiente que considera que la acción del Estado debe ser restringida y con escasos recursos, conduce a logros muy limitados.

2.3- Período entre 1940 y 1970. La acción social del Estado

En el transcurso de este período, el Estado amplió su acción en el campo social y adoptó un conjunto de políticas con las que absorbió una mayor cantidad de empleo y destinó importantes cantidades de recursos a la prestación de servicios públicos. Desde la década de los 50s, se adoptó un nuevo modelo económico de desarrollo, llamado "de crecimiento hacia adentro" o "de sustitución de importaciones" y se fomentó el libre comercio entre los países centroamericanos. Esto favoreció el inicio de un proceso de industrialización, un crecimiento de la economía y un cambio de estructura del comercio exterior, con incremento de la exportación de artículos tradicionales y la importación de productos intermedios y de bienes de capital. A lo largo del período, el "ingreso per cápita" aumentó y mejoraron las condiciones de vivienda y educación. Se incrementó la matrícula en primaria y secundaria y el analfabetismo se redujo (de 26,7% a 11,2%).[7] El "gasto per cápita en salud" tuvo un aumento sustancial, en especial desde 1950.

A nivel mundial, hubo grandes avances tecnológicos en el campo de la salud, que aportaron nuevos conocimientos y permitieron disponer de insecticidas eficaces contra los vectores de varias enfermedades, de nuevas vacunas y de nuevos y mejores equipos, así como de mejores técnicas de diagnóstico y tratamiento y de medicamentos más efectivos.

En el país, se continuó legislando sobre aspectos de salud pública, y, en la institución que inicialmente se llamó "Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social", y luego, "Ministerio de Salubridad", se crearon nuevos establecimientos en el nivel local, y nuevas dependencias en el central, para ejecutar y dirigir actividades preventivas y de promoción de la salud, cuya coordinación se encargó a una "Dirección General de Salubridad"[8] que se creó

7 Sáenz, Lenín Logros de una política e impacto de una crisis en la salud de un país. Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica. 1986, P. 6.

8 Salas, Rodrigo, R. Meneses y M. de los A. Gómez. Op citt. P32

con ese fin. Aunque hubo la intención de incorporar a esta dirección las cuatro campañas nacionales designadas como "Luchas" (Antituberculosa, Antivenérea, Contra la Lepra y Contra el Cáncer), estas siguieron existiendo como organismos ministeriales independientes.[9] Una gran proporción de los esfuerzos se dedicaron a la lucha contra la malaria, en especial desde 1957, con acciones mixtas de saneamiento ambiental, uso de insecticidas, empleo de medicamentos y educación para la salud, que exigieron la acción coordinada de personal de múltiples disciplinas. También se dio gran importancia al suministro de agua potable, con la participación de instituciones de varios sectores, actividad que se intensificó y tecnificó a partir de la creación del Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillado, en 1961.

Al continuar predominando el enfoque curativo, el Estado trató de lograr un mayor control sobre los hospitales, a cuyo financiamiento contribuía en forma mayoritaria, y para ello creó una "Dirección General de Asistencia Médico Social", en el Ministerio de Salubridad Además, extendió su cobertura, por medio de la ampliación y remodelación de varios hospitales, o de la construcción de otros nuevos. Los cambios de nombre de los organismos que administraban estos establecimientos, de "Junta de Caridad" a "Junta de Beneficencia Pública" y, finalmente, a "Junta de Protección Social", reflejan transformaciones en la opinión prevalente en distintos períodos sobre la función que correspondía a la corporación responsable de la prestación de estos servicios: del concepto de caridad cristiana a indigentes, que predominó desde el siglo XIX hasta los inicios del XX, se pasó al de beneficio para la comunidad enferma, prevalente en los cuatro primeros decenios de este último; y de este, al criterio de institución encargada del cumplimiento de una responsabilidad del Estado, que ha predominado desde la década de los 40.

Como manifestación del interés del Estado en la promoción del desarrollo social, en este período se destaca la creación, en 1941, de la Caja Costarricense de Seguro Social. Aunque la ampliación de la cobertura de sus servicios se vio dificultada, al comienzo, porque fue considerada como un nuevo impuesto cargado sobre los hombros de los costarricenses, que la mayoría trataba de evadir, lo que hizo que su crecimiento inicial fuese muy restringido., su existencia fue de fundamental importancia para la ejecución de la política de extensión de cobertura de los servicios de salud que se logró en la década de los 70. Aunque la Caja Costarricense de Seguro Social tuvo un crecimiento lento en este período, fue muy importante para la extensión de la cobertura de servicios que se logró en los años 70.

En este período, coincidió la acción desarrollada en el campo de la salud con el inicio del descenso de la mortalidad general y de la infantil, la reducción de la proporcional de menores de 5 años y el comienzo de una franca reducción de la causada por las enfermedades infecciosas y parasitarias, con merma de su importancia como causa de defunción.[10] Estos logros representaron el inicio de un proceso de transición epidemiológica.

---

9 Salas, Rodrigo, R. Meneses y M. de los A. Gómez. Op citt. P33

10 Sáenz, Lenín Logros de una política e impacto de una crisis en la salud de un país. P.5

La mejora importante de la situación sanitaria alcanzada en este período, reflejada, en especial, en la disminución de las defunciones, permite apreciar el éxito de complementar una mejoría de la situación socio económica nacional con una fuerte actividad, curativa y preventiva, del sector salud. También muestra la forma en que la labor conjunta de varias disciplinas o instituciones contribuye al alcance de logros, y pone en evidencia, con claridad, la relación existente entre el avance tecnológico a nivel mundial y la disminución de la mortalidad en un país subdesarrollado.

2.4- La década de los 70. Coherencia y continuidad de políticas

En la década de los 70, la economía mantuvo las características de los dos decenios anteriores, y persistió la bonanza. El Producto Interno Bruto (PIB) experimentó un incremento sustancial, y la participación del sector salud en el PIB pasó del 5,1% en 1970 al 7,6%, en 1980[11] Los indicadores económicos, sociales y demográficos mantuvieron un trayecto ascendente; los de salud, que hasta entonces habían evolucionado en forma paralela a los otros, en especial la mortalidad infantil, aceleraron mucho más su mejoría, de manera que superaron ampliamente a los demás y excedieron las tasas teóricas esperadas.[12]

Para sustentar una política nacional de "lucha contra la pobreza", el Plan Nacional de Desarrollo planteó el concepto de "cierre de la brecha social", con base en el cual el sector salud definió un conjunto de políticas propias, que se mantuvieron durante prácticamente toda la década, y sirvieron de base para la elaboración de su propio Plan Nacional de Salud, con participación multidisciplinaria de todas las instituciones del sector.[13-14] Este Plan concentró la atención en los grupos humanos más vulnerables y en los daños a la salud más vulnerables con los recursos disponibles. Su ejecución produjo como resultados:[15]

- Gran aumento de cobertura de los servicios, con nuevos programas de prevención y promoción de la salud, denominados "de atención primaria" para poblaciones rurales y urbano marginales, que tradicionalmente no tenían acceso a ellos.

- Gran aumento de cobertura de los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social (del 39 al 78%), y extensión de ellos a nuevos grupos económicos y a nuevas áreas geográficas.

---

11 Sáenz, Lenín Logros de una política e impacto de una crisis en la salud de un país .P. 18.
12 Sáenz, Lenín. Salud sin riqueza. El caso de Costa Rica. Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica. 1986, Pp. 8-10.
13 Sáenz, Lenín. Salud sin riqueza. El caso de Costa Rica. Pp. 13-15
14 Sáenz, Lenín. Hacia un sistema nacional de salud en Costa Rica. Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica. 1983, Pp. 20-25.
15 Sáenz, Lenín. Administración de servicios de salud. Segunda edición, UNED, San José, Costa Rica,1998, Pp. 147-148.

- Gran ampliación de los programas nutricionales existentes y creación de otros nuevos, para la población escolar y preescolar, y desarrollo de medidas para el enriquecimiento de alimentos con nutrientes deficitarios.

- Profundas reformas legales que permitieron la reestructuración del sector y el financiamiento sano de los programas de ampliación de cobertura y de nutrición, con una Ley (de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares), que facilitaron la prestación de servicios a grupos con condiciones económicas y sociales deficientes.

Para lograr la ampliación de la cobertura de los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social, las reformas legales permitieron el traspaso a ella de los hospitales que anteriormente habían sido administrados por las Juntas de Protección Social".

Los esfuerzos para la extensión de cobertura con la creación de nuevos programas con predominio de actividades de educación para la salud, suministro de agua potable, letrinización, vacunación, alimentación complementaria y enriquecimiento de alimentos, condujeron a que se alcanzara una cobertura de alrededor del 60% de la población que les había sido asignada, que incluían a cerca del 95% de la población rural dispersa.[16]

Los logros de este período representaron una mejoría en la situación de salud y nutrición muy superior a la que se habría podido esperar con las tendencias manifiestas hasta entonces y con el crecimiento de la economía nacional. La mortalidad de todos los grupos de población, en especial la de edades menores, disminuyó mucho más, y con mayor rapidez,.que en cualquier otro período de la historia nacional. Cabe señalar que un descenso similar al que experimentó la mortalidad infantil entre 1970 y 1980, de 61,5 a 19,1 por mil nacidos vivos, requirió en los países industrializados alrededor de 40 años.[17] La mortalidad proporcional de menores de 5 años, que al inicio de la década había representado el 41% del total, se redujo al 17 % al final.

El proceso de transición epidemiológica culminó con una declinación espectacular, absoluta y proporcional, de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias, que fue sustituida por la de las cardiovasculares, los tumores y las accidentales y violentas como principales causas de muerte. Hubo un descenso notable de la morbilidad por las enfermedades de transmisión hídrica y por las prevenibles por vacunación.

Entre las enseñanzas que deja este período se destaca la importancia de disponer, durante casi una década, de un conjunto coherente de políticas de salud -enmarcado en los lineamientos generales de la política global de un país- que facilitó la consecución del financiamiento y del apoyo político necesarios para la ejecución de los programas que las hicieron efectivas. También pareciera de gran valor el hecho de que la identificación de los prin-

16 Sáenz, Lenín. Administración de servicios de salud. P.148.

17 Sáenz, Lenín. Evolución del perfil epidemiológico. La transición dela nutrición y la salud de Costa Rica democrática. Publicación INCAP DCE / 019, Guatemala, 1996, P 129.

cipales problemas y sus posibles soluciones hubiese sido realizada por equipos de diversas disciplinas de todas las instituciones de salud y se hubiese concentrado la atención en los grupos de población más vulnerables (rural disperso y urbano marginado) y en los problemas de salud más vulnerables con la tecnología y los recursos disponibles (desnutrición y enfermedades prevenibles con inmunizaciones) y con saneamiento ambiental básico.

El análisis de este período enseña que, a pesar de la indiscutible importancia del crecimiento económico como condicionante de la situación de salud de un país subdesarrollado, ésta se puede mejorar mucho más de lo que tradicionalmente se ha considerado posible, con acciones específicas del sector salud, si existe la voluntad política suficiente para lograr un respuesta institucional coherente y un financiamiento adecuado del Estado.

2.5- Las dos últimas décadas del siglo. La crisis y el ajuste estructural

El inicio de la década de los 80 coincidió con la aparición y las severas repercusiones económicas, sociales y políticas de la crisis más grave que registra la historia de la economía nacional, una de cuyas manifestaciones más evidentes fue la caída del Producto Interno Bruto (PIB), que había venido creciendo de manera firme y sostenida en años anteriores.[18] Al inicio, la crisis afectó el crecimiento económico de los países industrializados, pero después se trasladó a las economías subdesarrolladas, con efectos amplificados sobre éstas. Como consecuencia de ella, se redujo el comercio con los países desarrollados y éstos redujeron su cooperación internacional.

En Costa Rica, entre 1980 y 1982, disminuyó la producción real, se incrementaron los precios (en 180%), aumentó el desempleo abierto (a 9,4%) se redujo el salario real (alrededor de 40%) y aumentó la proporción de familias pobres en un 53%. El endeudamiento externo sobrepasó la capacidad de pago del país y el servicio de la deuda externa demandó más del 50% de las exportaciones.[19] Para responder a esta situación, a partir de 1983, se aumentó la carga tributaria, se limitó la expansión del gasto público, se dio prioridad a la promoción de las exportaciones y se aumentaron los precios y las tarifas de los bienes y servicios bajo control del Estado.[20]

En la segunda mitad del decenio, mejoraron las finanzas del Gobierno Central y disminuyeron los índices de inflación; el desempleo abierto se redujo y los salarios aumentaron, pero sólo se alcanzaron niveles similares a los de los años previos a la crisis. Esta mejoría permitió mejorar el gasto en salud pero su aumento sólo benefició a la Caja Costarricense de Seguro Social, que tenía a su cargo los programas de recuperación de la salud, mientras el gasto del Ministerio de Salud, que era responsable de los programas de promoción y preven-

18 Sáenz, Lenín Logros de una política e impacto de una crisis en la salud de un país. P. 15
19 Sáenz, Lenín Op. cit. P. 15-16
20 Sáenz, Lenín Op. cit. P. 16

ción, se mantuvo en niveles bajos. Al inicio de la década de los 90, una nueva reducción del gasto público en salud afectó a todas las instituciones del sector.[21]

El aumento de los precios del petróleo había permitido a los países productores de este bien, desde mediados de los años 70 ofrecer abundancia de financiamiento, por intermedio de la banca transnacional, que condujo a los países subdesarrollados a un enorme endeudamiento y a un déficit comercial externo en la transacción de bienes y servicios, que constituyeron los principales desencadenantes de la crisis y del ajuste estructural.

Al igual que en muchos países, el problema más grave de costa Rica, que era la renovación de los créditos, obligó a un proceso de renegociación, que se tuvo que acompañar de políticas de ajuste interno, para satisfacer las necesidades de un programa de balance de pagos. La banca transnacional condicionó la renegociación de la deuda a la firma de convenios con el FMI, que incorporaron reglas que condicionaban las políticas internas de los países a los planteamientos del Fondo. Este proceso condujo a la formulación de "Programas de Ajuste Estructural" o "PAE". El primero que se ejecutó, "PAE I", inició una reforma comercial para liberalizar la economía, y una reforma fiscal para reducir el tamaño del "Sector Público" y mejorar la eficiencia de las instituciones. Luego el "PAE II" buscó abrir la economía al mercado internacional, por medio de la reducción de aranceles, incentivos a las exportaciones, restricción de subsidios, reducción del tamaño del Estado, venta de instituciones públicas al sector privado y fortalecimiento de la empresa privada. Ya en la década de los 90, un "PAE III" trata de continuar el proceso iniciado por los dos anteriores, profundizando la reforma del sector público.[22]

Durante la crisis, la "participación del gasto público en salud en el PIB" descendió a niveles similares a los de 10 años antes. La reducción del gasto del Ministerio de Salud repercutió severamente sobre los programas de atención primaria que redujeron su personal y sus recursos y disminuyeron su cobertura, afectando severamente la motivación de sus trabajadores y los logros de su gestión. Esta situación se agravó con el aumento de la demanda de servicios por una población "migrante" no prevista, que llegó al país para alejarse de los conflictos, bélicos o económicos, que afectaban a varios países vecinos, en la que predominaban los indocumentados de bajo nivel socioeconómico, bajos índices educativos y hábitos higiénicos que favorecían la existencia de problemas sanitarios que el país había logrado reducir a niveles mínimos, así como de otras enfermedades que había podido reducir de manera significativa.

En el campo de la salud, ante el impacto de la crisis, se buscaron nuevas estrategias para lograr una acción más eficaz y un uso racional de los recursos. Con este fin, se trató de incrementar la coordinación entre el Ministerio y la Caja, y de desarrollar mecanismos para una integración funcional de un "Sistema Nacional de Salud". Para ello, se suscribieron con-

---

21 Sáenz, Lenín. Mortalidad infantil y fgsto per cáoita en salud. Revista Costarricense de salud Pública. Año 3, No 4, San José, Costa Rica, julio 1994, P. 2

22 Sáenz, Lenín. Administración de servicios de salud. Segunda edición, UNED, San José, Costa Rica,1998, Pp. 149

venios entre ambas instituciones, en los que se definieron sus interrelaciones y áreas de competencia para la prestación de servicios.[23-24] Posteriormente, bajo la influencia de los "Programas de Ajuste Estructural", los esfuerzos se concentraron en la Reforma del Sector Salud y sus instituciones.

El descenso del gasto público en salud en momentos en que se incrementó de manera brusca y notable la demanda de servicios, por la afluencia de aquella población migrante, forzosamente debía afectar el nivel de esfuerzo que se estaba realizando para mejorar las condiciones nacionales de salud [25] y repercutir sobre sus indicadores. Aunque durante la crisis los indicadores no se llegaron deteriorar en la proporción que se habría podido esperar ante una situación tan severa, si experimentaron una desaceleración significativa en su mejoría. Esta situación afectó, en especial, a la mortalidad infantil, cuyos ascensos o descensos desde mediados de los años 80 parecieran coincidir con las variaciones inversas del gasto per cápita realizado uno o dos años antes por el Ministerio de Salud, que entonces tenía a su cargo la atención preventiva de este grupo de edad. Esta situación afecto especialmente a los 30 cantones definidos como prioritarios por sus peores condiciones de salud,[26] que habían sido seleccionados con base en un indicador resumen elaborado con siete indicadores de mortalidad y cinco de condiciones sociales. Aunque la mortalidad por enfermedades transmisibles mostró una tendencia al descenso, en los cantones prioritarios sus tasas fueron superiores al promedio nacional.[27]

Durante la década de los 80, llama la atención el comportamiento, aparentemente paradójico, de la mortalidad de 5 a 14 años, que disminuyó de manera significativa en la primera mitad de la década de los 80, cuando la crisis era más severa, para luego restringir esta reducción en la segunda mitad, cuando la situación estaba mejorando.[28] La explicación la daría el hecho de que a este grupo, en la primera mitad, se incorporaron dos cohortes que habían sobrepasado los cinco años de edad en los dos quinquenios anteriores, habiéndose beneficiado de programas que contribuyeron a disminuir su mortalidad y a modificar su estructura de morbilidad, mientras en la segunda mitad, se fue incorporando al grupo y tomando un mayor peso sobre él, la cohorte que sufrió con mayor intensidad el peso de la crisis.[29]

Durante las dos décadas finales del siglo XX, comenzó a aumentar notablemente la morbilidad por algunas enfermedades, definidas como emergentes, que habían sido drásticamente reducidas, e incluso erradicadas en períodos anteriores. La malaria, cuyo aumento se

23 Sáenz, Lenín. Hacia un sistema nacional de salud en Costa Rica. Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica. 1983, P. 43.
24 Sáenz, Lenín. Administración de servicios de salud. Segunda edición, p. 150.
25 Sáenz, Lenín Logros de una política e impacto de una crisis en la salud de un país. P. 18.
26 Sáenz, Lenín. Mortalidad infantil y gasto per cápita en salud. Revista Costarricense de salud Pública. Año 3, No 4, San José, Costa Rica, julio 1994, P. 3.
27 Sáenz, Lenín. El uso de escenarios en la planificación de la salud. Revista Costarricense de salud pública, año 2, No 2, San José, Costa Rica. 1993, P. 3.
28 Sáenz, Lenín Logros de una política e impacto de una crisis en la salud de un país. P. 12, cuadro No 23 y gráficos No 23 y No 37.
29 Sáenz, Lenín. Op. Cit, Pp. 19 y 20.

inició a principios de los años 80, con predominio de los casos importados, tendió a reducir este incremento desde mediados de los 90. El dengue, ausente del país desde mediados del siglo, se hizo presente desde finales de 1993, y se ha mantenido desde entonces, con periodos de brotes epidémicos. El cólera reapareció en Costa Rica en 1992 y se mantuvo hasta 1997. El Sida, del que se observó el primer caso en 1980, aumentó poco hasta 1985, pero desde entonces presenta una progresiva tendencia ascendente. Menos rápido ha sido el aumento de la tuberculosis.

El análisis de este período pone en evidencia la forma en que una crisis económica, política y social produce su impacto sobre la situación de salud de un país, no sólo por la forma en que afecta los factores condicionantes del estado de salud de la población, sino también por la reducción sustancial que produce de los recursos y la correspondiente limitación de la acción de las instituciones del sector, que ocasiona dicha restricción. Sin embargo, el hecho de que, aún en estas circunstancias, no se produzca el deterioro que cabría esperar, inclina a aseverar que la acción del sector tiende a mantener su eficacia cuando se ha logrado una efectiva extensión de cobertura y concentración de sus acciones en los grupos más vulnerables, con énfasis especial en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.[30]

Conclusiones

Durante las primeras cuatro décadas del siglo XX, con una difícil situación económica, condiciones sociales deficientes y un Estado sin mayores aspiraciones de desarrollo social equitativo, se sentaron las bases y se inició el desarrollo de la estructura para la atención de la salud pública en el país, pero los logros obtenidos fueron bastante limitados.

En los años 40 y 60, se produjo un cambio en el modelo económico, con una mejoría sustancial de la economía nacional y de las condiciones de vida de la población, que coincidió con un cambio del pensamiento político, que reorientó la acción del Estado desde la concepción pasiva de "dejar hacer dejar pasar", clásica del gobierno liberal, a la activa de promoción del desarrollo social. Comenzaron, entonces, a apreciarse mejorías significativas de los indicadores de salud.

Durante la década de los 70, en coincidencia con la bonanza económica, persistió un conjunto coherente de políticas de salud, definidas en el marco de una política nacional de cierre de la brecha social, que precisaron con claridad las prioridades del sector y dieron gran importancia a las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Esto condujo a una aceleración espectacular de la mejoría de los indicadores de salud y a la culminación de un proceso de transición epidemiológica.

30 Sáenz, Lenín. Op. Cit, P- 20.

En las dos últimas décadas del siglo, se sufrieron las consecuencias de la crisis que afectaron con extremada severidad la economía nacional y las condiciones de vida de la población. En este contexto, se desaceleró la mejoría alcanzada hasta entonces, en forma brusca que coincidió con las restricciones a las que fue necesario adaptarse para superar la crisis, y con la escasez de políticas de salud realmente efectivas.

Bibliografía

Caja Costarricense de Seguro Social. Anuarios estadísticos. Departamento de Publicaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica, 1980-1992.
Departamento de Estadística, Unidad Sectorial de Planificación. Ministerio de Salud. Anuario. Informaciones estadísticas. Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1970-1982.
Departamento de Estadística, Unidad Sectorial de Planificación. Ministerio de Salud. Tasas de mortalidad infantil por cantón y región de salud. Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1982.
Dirección General de estadística y Censos. Anuarios estadísticos. Dirección General de estadística y Censos, sección de Publicaciones, San José, Costa Rica, 1970-1982.
Ministerio de Salud. Informes anuales-. Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1970-1994.
Ministerio de Salud. Memorias anuales-. Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1970-1994.
Oficina Sectorial de Planificación, Ministerio de Salubridad Pública. Plan nacional de Salud. Publicaciones e impresos del Ministerio de Salubridad Pública, San José, Costa Rica, abril, 1971.
Rosero, Luis. Series cronológicas de datos acerca de la mortalidad y la situación económica de Costa Rica. Mortalidad y fecundidad en Costa Rica. Asociación Demográfica Costarricense, San José, Costa Rica, 1984, Pp. 54-55.
Unidad Sectorial de Planificación, Ministerio de Salud. Plan nacional de Salud 1974-80-. Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1975.
Unidad Sectorial de Planificación, Ministerio de Salud. Salud en Costa Rica (evaluación de la situación en la década de los 70.. Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1981.

II PARTE

Entre los estudiantes hacen chequeos regulares a los niños registrados en el centro de salud. En la foto un estudiante de enfermería llega con su supervisora a una casa en un área rural.

Capítulo 3. Desarrollo del sistema de salud en Costa Rica

*Dr. Lenín Sáenz**

3.1- Las primeras estructuras

El siglo XX se inició en Costa Rica con severas deficiencias en la calidad y cantidad de los servicios existentes para la atención de la salud. En las cuatro primeras décadas, bajo un sistema político liberal, la acción estatal en este campo se orientó a suplir lo que el individuo y la iniciativa privada no eran capaces de hacer, y dedicó la mayoría de sus esfuerzos a legislar y a adoptar medidas sanitarias de carácter colectivo, prestando especial atención a la creación de algunos organismos destinados al control de algunas enfermedades transmisibles y al cuidado de la salud de las madres y los niños. Para la atención médica de la mayoría de la población se utilizaba la medicina privada y para quienes carecían de medios para financiarla, desde mediados del siglo anterior, se había hecho posible por medio de la labor de asociaciones, generalmente voluntarias, llamadas "Juntas de Caridad", que se encargaban de administrar hospitales de carácter público.[1]

El más antiguo de estos establecimientos, el Hospital San Juan de Dios, aunque había sido fundado desde 1845, sólo había iniciado su actividad en1852, cuando fue creada la Junta de Caridad que lo administraría. Con base en este organismo, después fueron surgiendo otros similares con hospitales a su cargo en el país.[2] Uno de estos, fundado en 1885, fue el Asilo Nacional para Enfermos Mentales, cuya administración se encargó a la Junta de Caridad del Hospital San Juan de Dios y para cuyo financiamiento se creó la Lotería Nacional.[3]

En el campo preventivo, en los últimos años del siglo XIX, en algunos de los Circuitos Médicos en que había sido dividido el territorio nacional, se había establecido Medicaturas de

**Ex director de Planificación del Ministerio de Salud*

1. Sáenz, Lenín. Hacia un Sistema Nacional de Salud en Costa Rica. . Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica. 1983, P. 4.
2. Sáenz, Lenín. Administración de servicios de salud. Segunda edición, UNED, San José, Costa Rica,1998, Pp. 142
3. Salas, Rodrigo, R. Meneses y M. de los A. Gómez. Memoria del cincuentenario del Ministerio de Salud y de la salud pública en Costa Rica. Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1972. P. 3.

Pueblo, que dependían financiera y administrativamente de las municipalidades, y estaban básicamente orientadas al control de epidemias y al desempeño de actividades de medicina legal.[4] Algunas, además, daban atención ambulatoria a los pobres, con criterio de caridad.

En este escenario, al inicio del siglo XX, la mayoría de los servicios de salud funcionaba a nivel local, y el primer antecedente de su desarrollo a nivel nacional lo constituyó la asignación en el presupuesto nacional, en 1907, de una partida destinada a organizar una campaña contra la ankilostomiasis.[5] En 1914, la Comisión Sanitaria Internacional del Instituto Rockefeller inició su participación en el estudio y tratamiento de esa enfermedad, y un año después, sobre estas bases, se constituyó el Departamento de ankilostomiasis en la Secretaría de Policía. Con estas actividades se inició el desarrollo del saneamiento ambiental y la educación higiénica de las poblaciones. En forma complementaria, se creó, en 1914, el Departamento escolar, de índole especialmente preventiva, destinado a proteger la salud de los niños de siete a catorce años que concurrían a las escuelas públicas, con actividades que posteriormente se ampliaron con el desarrollo de clínicas dentales y oftalmológicas, y de colonias veraniegas escolares. Este conjunto de actividades se complementó, en 1920, con la creación de clínicas prenatales e infantiles.[6]

En 1915 se oficializaron las acciones de lucha antituberculosa y en 1920 se propuso la primera legislación antivenérea, que posteriormente se complementó con la atención ambulatoria a los leprosos.

3.2- El inicio de la organización

Con el fin de centralizar en un solo organismo responsable todas las actividades relacionadas con la salud, en julio de 1922, se creó la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, dependiente de la Secretaría de Policía. Ese organismo, en 1927, constituyó la base para la creación de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social, a la cual se adscribieron los hospitales, sanatorios y asilos, que hasta entonces habían estado bajo la jurisdicción de la Secretaría de Relaciones Exteriores.[7] En 1931, por iniciativa de la Secretaría de Salubridad Pública, y con base en la legislación que había creado las antiguas Medicaturas de Pueblo, se promulgó la Ley de Médicos Oficiales, en la que se sustentó, en1934, la creación de lo que posteriormente se conoció como Unidades Sanitarias.[8] El médico responsable de estos organismos desempeñaba funciones de jefe de sanidad, médico forense, médico escolar y encargado de la asistencia de los pobres y de los accidentes de trabajo.

4. Salas, Rodrigo, R. Meneses y M. de los A. Gómez. Op. cit. Pp. 4-5
5. Salas, Rodrigo, R. Meneses y M. de los A. Gómez. Op. cit. P. 10
6. Ministerio de Salubridad Pública. Evaluación Global de las condiciones de salud y el desarollo de la salud pública en Costa Rica durante los 10 últimos años: 1950-1960. Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1962.
7. Salas, Rodrigo, R. Meneses y M. de los A. Gómez. Op. cit. P. 7.
8. Salas, Rodrigo, R. Meneses y M. de los A. Gómez. Op. cit. P. 27.

Ante la existencia de numerosos organismos especializados destinados a resolver distintos problemas sanitarios del país, que se habían materializado en dieciséis unidades dispersas en la Secretaría de Salubridad Pública, la necesidad de un organismo que se responsabilizara de coordinarlas condujo a la creación, en 1950, de la Dirección General de Salubridad, una gran parte de cuyos esfuerzos se dedicó a la lucha contra la malaria y al suministro de agua potable. Entre aquellas unidades se encontraba la recién creada Sección de Nutrición del Departamento de Protección infantil, a la que se encargaría la creación y mantenimiento de los Centros de Nutrición que se crearían a partir de entonces. Aunque hubo la intención de incorporar en la Dirección General de Salubridad las cuatro campañas nacionales designadas como "Luchas" (contra la tuberculosis, contra la lepra, contre las enfermedades venéreas y contra el cáncer), en la práctica éstas continuaron existiendo como organismos ministeriales independientes.

Bajo la dirección, inicialmente de la Subsecretaría y luego de la Secretaría, se promulgó una abundante legislación y reglamentación para la protección de la salud pública. En ella se destaca la Ley No 52, de 12 de marzo de 1923, sobre Protección de la Salud Pública, que en la práctica representó el primer código sanitario del país. En ella se estableció que a nivel nacional el cuidado de la salud sería responsabilidad del Estado, que tendría un carácter normativo y contralor y sería responsable del cumplimiento de los deberes internacionales, mientras que el de la salud local constituiría una responsabilidad de los municipios, para cuyo cumplimiento contarían con Jefaturas Sanitarias, y deberían dedicar, por lo menos, el quince por ciento de sus entradas anuales.[9] Entre sus disposiciones se estableció la declaración obligatoria de una serie de enfermedades infecciosas, y se introdujo el criterio epidemiológico que consideró la vigilancia de la prostitución como un elemento necesario para el control de las enfermedades venéreas, en vez del criterio policial con que hasta entonces la habían reglamentado las leyes existentes. Esta ley posteriormente fue actualizada, y sustituida, en noviembre de 1949, por el Código Sanitario, que señaló que "la protección de la salud es función del Estado" y encargó al Ministerio de Salubridad Pública "la organización y suprema dirección de los servicios de higiene y asistencia médica de la República, así como la centralización y coordinación de todas las actividades nacionales, municipales y particulares de salubridad pública. La vigencia de este código se mantuvo hasta 1973, cuando vino a ser remplazado por la Ley General de Salud y la Ley Orgánica del Ministerio de Salud.[10]

Por su parte, en lo referente a la atención médica, en 1940 se promulgó un "Reglamento General de Patronatos y Juntas Directivas de Protección Social", en un intento de coordi-

9. Weinstock , Herman et al. Coordinación e integración del Sector Salud. Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1972. P. 2
10. Costa Rica. Decreto-Ley No 809. Código Sanitario. San José, noviembre de 1949. Art. 1º y 2º.55 . Una definición similar se puede encontrar en "Shielding the poor: social protection in the developing world" Editado por Nora Lustig/IDB, 2001, Pág.1.

nar de alguna manera las diversas Juntas que administraban establecimientos hospitalarios, inicialmente llamadas "de caridad", y entonces "de protección social", que desde mediados del siglo XIX se habían multiplicado de manera independiente y no planificada. Este instrumento legal se fundamentó en el financiamiento que esos organismos obtenían de un impuesto de beneficencia, que había sido creado en 1914, y reformado en 1937. Además, en 1948, se creó la Dirección General de Asistencia Médico Social, dependiente del Ministerio de Salubridad Pública, para la coordinación de las instituciones de asistencia médica, su dirección técnica y su fiscalización económica y administrativa. En 1950, la organización de esta Dirección se complementó con la creación, por Ley, del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, organismo que constaba de dos niveles: a) uno superior, el Consejo Técnico propiamente dicho, que era un cuerpo colegiado integrado por delegados de las Juntas de Protección Social y del Colegio de Médicos y Cirujanos, presidido por el Director General de Asistencia, que operaba de manera similar a una junta directiva responsable de la definición de política y del financiamiento de dichas Juntas; y b) un conjunto de dependencias que apoyaban al Director General de Asistencia en la planificación, coordinación y orientación (dentro de ciertos márgenes) de las labores de las Juntas. Cabe señalar que la Dirección General de Asistencia carecía de base legal suficiente para dirigir a estos organismos, a las cuales la legislación existente dejaba un amplio margen de autonomía, por lo que sus armas para tratar de orientarlas y coordinarlas eran las subvenciones que recibían del Gobierno,[11] que eran definidas técnicamente por aquella Dirección General y sus dependencias, y distribuidas por el Consejo Técnico.

El suministro de agua potable y residuos líquidos era una de las responsabilidades que inicialmente se había asignado a la Dirección General de Salubridad, con la participación de varios sectores. En 1961, con la creación del Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillado (SNAA), actualmente denominado Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado (AyA), se le encargó a este organismo todo lo relacionado con estas actividades. Sin embargo, ante la renuencia de muchas municipalidades a traspasar sus servicios a la nueva institución, muchos de éstos permanecieron a cargo de ellas.

En lo referente a seguridad social, aunque en 1907, 1913 y 1915 hubo algunos intentos de conseguir en el país una legislación que protegiera de riesgos profesionales a los trabajadores, no fue sino hasta 1925 que se logró la promulgación de una ley, acorde con la ideología prevalente, que creó un Banco Nacional de Seguros, al que responsabilizó de la atención de los accidentes de trabajo y le concedió el monopolio estatal de los seguros. Años después, este banco se transformó en el Instituto Nacional de Seguros.[12]

También como precursora de la seguridad social se puede considerar la promulgación, en 1926, de la Ley contra el Ofidismo, que consideró a la mordedura por serpientes veneno-

11. Sáenz, Lenín. Hacia un Sistema Nacional de Salud en Costa Rica. P. 6.
12. Sáenz, Lenín. Administración de servicios de salud. P.144.

sas como una enfermedad profesional de los trabajadores agrícolas, y dispuso que la muerte de uno de ellos por esta causa, en fincas cuyos dueños no dispusieran del suero antiofídico, debería ser compensada con el pago, durante un año, del jornal que aquel devengaba.[13]

Por su parte, el primer producto de la respuesta estatal a la presión de grupos trabajadores organizados fue la promulgación, en 1934 y 1935, de la Ley y los Reglamentos de hospitalización de los trabajadores bananeros, que obligaron a sus patronos a retener el uno por ciento de la venta del banano para financiar la atención hospitalaria de los trabajadores de esta agroindustria rural.[14]

Ya con un nuevo concepto de justicia social, se creó, en 1941, la Caja Costarricense de Seguro Social. Aunque inicialmente el crecimiento de esta institución fue muy lento y tuvo que soportar una fuerte oposición gremial, en los años 70 fue de importancia trascendental para alcanzar la cobertura de servicios que se logró.

3.3- Antecedentes de una reforma

Desde el inicio de la segunda mitad del siglo surgió en el país una preocupación por las deficiencias del sistema de servicios de salud y un interés por corregirlas, que culminó en la década de los 70 con un profundo proceso de reforma.

El primer paso en este sentido la constituyó la publicación de un voluminoso documento, que constó de un cuerpo principal y seis amplios apéndices, en el que la firma norteamericana Gordon A. Friesen resumió el estudio de los recursos, organización y funcionamiento de los establecimientos hospitalarios del país que, entre 1956 y 1958, llevó a cabo, por encargo del Servicio Cooperativo Interamericano de Salubridad Pública y del Ministerio de Salubridad Pública. En esa publicación se hacía énfasis en la desarticulación existente entre esos establecimientos, y en la necesidad de llegar a establecer mecanismos de coordinación entre ellos.[15]

A partir de entonces, se pretendió resolver el problema de unificación de los servicios de salud por medio de dos vías principales: a) la integración de los servicios, o b) una adecuada coordinación entre las instituciones que los prestaban.[16] Al respecto cabe señalar que en un documento de una comisión integrada por tres médicos distinguidos, en 1961,[17] se analizó la legislación, la organización y la situación económica de los servicios, y se recomendó unificar todas las instituciones estatales, adoptando las recomendaciones del estudio Friesen.

13. Salas, Rodrigo, R. Meneses y M. de los A. Gómez. Op. cit. P. 29.
14. Sáenz, Lenín. Administración de servicios de salud. P.144
15. Gordon A. Friesen Asociados S.A. Plan de coordinación Hospitalaria en Costa Rica. San José, Costa Rica, marzo 1956-mayo 1958.
16. Weinstock , Herman et al. Coordinación e integración del Sector Salud .P. 14
17. Arrea, Carlos, Mario Miranda y Fernando Trejos. Análisis de la situación Médica en Costa Rica. Citado en 9, p. 14

Para ello, planteaba dos alternativas: la creación de un nuevo "Instituto Nacional de Salud", o la refundición de los servicios existentes en la Caja Costarricense de Seguro Social. En ese mismo año, un proyecto de ley del Dr. Rodrigo Loría Cortés propuso la creación de un "Servicio Nacional de Salud" con características de institución autónoma con una Junta Directiva, presidida por el Ministro de Salubridad, que asumiría las funciones, atribuciones y obligaciones de todas las instituciones de salud existentes, con excepción de las labores de saneamiento ambiental, que quedarían a cargo del Ministerio de Salubridad Pública. La recaudación y administración de sus fondos se le encargaría a la Caja Costarricense de Seguro Social, a la que, también, correspondería pagar las prestaciones económicas del régimen de Enfermedad y Maternidad y de los accidentes de Trabajo.[18]

En 1962, una nueva propuesta, del Dr. Guido Miranda, planteó[19] dejar a la Dirección General de Salubridad las acciones de prevención y mejoramiento del medio, que ejecutaría por medio de las Unidades Sanitarias, y a la Dirección General de Asistencia Médico Social la responsabilidad de dictar la política de las instituciones hospitalarias, integrando un verdadero sistema con los hospitales de las Juntas de Protección Social y de la Compañía Bananera, a los que se incorporarían los organismos especializados de las llamadas "Luchas". De esta manera, se abriría el camino para una etapa posterior de unificación de servicios, mediante el traslado de los servicios de la Caja a la Dirección General de Asistencia, o de los de ésta a la Caja. En julio de ese mismo año, en un documento de la Caja Costarricense de Seguro Social,[20] se insistió en la necesidad de una coordinación adecuada, por medio del Ministerio de Salubridad Pública y se recomendó la absorción por la Caja, en forma paulatina, de los servicios de medicina asistencial del país.

En un nuevo intento de coordinación, en 1966, se crearon dos comisiones, llamadas: a) "Grupo de Alto Nivel" (GAN), integrado por el Ministro de Salubridad, los Gerentes de la Caja Costarricense de Seguro Social y del Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillado y el Director de la Oficina de Planificación Nacional; y b) "Grupo de Trabajo" (GT), integrado por los directores de las oficinas de planificación de las instituciones del sector y un coordinador de la Oficina de Planificación Nacional. Estas entidades serían las responsables de la planificación del sector salud en el país. Al año siguiente, esas comisiones cambiaron sus nombres y su integración, sin que sus labores llegaran a concretarse en realizaciones efectivas y permanentes.

Otro intento de coordinación se realizó en 1967, mediante un convenio firmado entre el Ministerio y la Caja, en el que se propuso establecer "un plan de trabajo coordinado en el campo de la salud" en el cantón de La Unión, que "comprendería programas de medicina

18. Loría, Rodrigo,. Proyecto de ley para la creación de un "Servicio Nacional de Salud". Citado en 9, p. 15
19. Miranda, Guido. Reorganización de la medicina en nuestro país. Citado en 9, p. 15
20. Caja Costarricense de Seguro Social. Plan de integración de los servicios médicos a través de la Caja Costarricense de Seguro Social. Citado en 9, p. 16

preventiva" con recursos de ambas instituciones, para la protección de las poblaciones que tenían a su cargo. Lamentablemente, la duración de esta experiencia fue poco prolongada.[21]

En 1968, dos diputados médicos, los doctores Fernando Guzmán Mata y Fernando Trejos Escalante, presentaron a la Asamblea Legislativa dos proyectos de Ley: uno para reformar la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y otro para crear un Servicio Nacional de Salud. Posteriormente, ambos proyectos se fusionaron en uno sólo, cuya aprobación no se logró.

A pesar de los intentos de coordinación de las dos décadas anteriores, a inicios de la década de los 70 existía una multitud de servicios para la atención de los problemas de salud, cuyo origen y crecimiento desordenado había conducido a una diversidad de instituciones prácticamente independientes, sin coordinación alguna entre sí, o algunas de ellas unidas laxamente a la Dirección General de Asistencia Médico Social por las subvenciones que recibían de ésta.[22] La mayoría de estos organismos se financiaba con algún aporte económico del Estado, y su característica más acentuada era su noción de autonomía o semiautonomía institucional, técnica y administrativa, celosamente sostenida y defendida con el apoyo de disposiciones legales y reglamentarias obsoletas. Esta situación era aún más grave porque, en el Ministerio de Salubridad Pública, sus dos Direcciones Generales (de Salubridad y de Asistencia Médico-Social) se comportaban en sus actuaciones como entes independientes, con diferencias legales, administrativas, financieras, de recursos, de esferas de influencia y de áreas de trabajo, situación que había conducido al desarrollo, en ese Ministerio, de una considerable cantidad de "departamentos" destinados a la ejecución de actividades similares (o idénticas en algunas ocasiones) que duplicaban inútilmente su campo de acción.

Las actividades de prevención y de promoción de la salud, y algunas de recuperación, se prestaban en los servicios subordinados a la Dirección General de Salubridad, con excepción del servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, que tenía una organización bastante independiente. Aunque algunos programas de lucha contra enfermedades específicas, como las venéreas, la lepra, la tuberculosis y el cáncer, en teoría deberían depender de aquella Dirección General, por la estructura vertical con que habían sido creadas habían adquirido un amplio grado de autonomía, y en la práctica funcionaban con sus propias normas, a pesar de que, también en teoría, se encontraban bajo la jurisdicción financiera de la Dirección General de Asistencia. Esta última era responsable de las funciones de recuperación y rehabilitación de la población no asegurada, y tenía a su cargo la coordinación y la supervisión técnica de los Patronatos y Juntas de Protección Social, que constituían gobiernos locales en el campo de la salud y que legalmente eran los propietarios de los hospitales, cuyo financiamiento provenía, en su mayor parte, de rentas de la lotería autorizada por el Estado, de impuestos y de subvenciones estatales. Estas Juntas y patronatos, que habían tenido su origen en las antiguas Juntas de Caridad, también atendían a la población asegurada, por medio

21. Sáenz, Lenín. Hacia un Sistema Nacional de Salud en Costa Rica. P.37.
22. Weinstock , Herman et al. Op. cit

del pago correspondiente que hacía la institución aseguradora, en áreas donde ésta carecía de recursos propios para atender a sus derechohabientes.

Por su parte, la Caja Costarricense de Seguro Social, responsable de la atención de sus afiliados en el régimen de Enfermedad y Maternidad, aunque había alcanzado una cobertura que, según sus cálculos, ya se aproximaba al 50% de la población, sólo contaba para atenderla con dos hospitales centrales y dos en provincias, con un total de 1.049 camas, que correspondían al 15 % de las existentes en el país.

La atención, rehabilitación y pago de subsidios por invalidez o muerte de los lesionados en accidentes laborales o de tránsito protegidos por pólizas de seguro de riesgos profesionales estaba a cargo del Instituto Nacional de Seguros. Para su atención, esa institución contaba con servicios médicos propios en algunos lugares del país, y en los sitios donde carecía de ellos los pagaba a personas u organismos, públicos o privados, con los que los hubiese contratado.

El suministro de agua y de medios adecuados para la disposición de excretas era compartido por el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillado, el Ministerio de Salubridad Pública y las municipalidades.

Como es lógico suponer, la multiplicidad de servicios de salud conducía a superposiciones y duplicaciones de campos de acción para la solución de un mismo problema, y al uso simultáneo de varios de ellos por amplios segmentos de población, mientras se carecía de la oferta de acceso a otros servicios.

Esta situación se complicaba aún más por la existencia de otras instituciones que también ejecutaban algunas actividades para grupos específicos, o en campos específicos de la salud. Así, por ejemplo, un diagnóstico, elaborado en 1970 para el primer Plan Nacional de Salud de esa década, señalaba que el Sector estaba estructurado en dieciocho instituciones,[23] una sola de las cuales constaba de veintinueve organismos (Juntas de Protección Social), cuya principal característica común eran sus demandas de financiamiento al Estado y su defensa a ultranza de su autonomía en todos los demás aspectos. Para agravar la situación, en cada organismo predominaban sus intereses institucionales sobre los del sector y sobre las necesidades nacionales, lo que conducía, con frecuencia, a situaciones de rivalidad y reducía la colaboración necesaria.

Sin embargo, a pesar de la constelación de instituciones existentes, la cobertura de la población con servicios de salud distaba mucho de ser satisfactoria, ya que todos los servicios se encontraban instalados en localidades de más de dos mil pobladores, mientras alrededor del cincuenta y uno por ciento de la población nacional vivía en localidades con una cantidad menor de habitantes, que incluía a un 35,5 % del total de la población nacional que vivía en localidades de menos de quinientos habitantes, con muy difícil acceso geográfico, eco-

23. Oficina Sectorial de Planificación. Ministerio de Salubridad Pública. Plan Nacional de Salud. Segunda parte: diagnóstico y recomendaciones de política para el decenio 1971-1980. Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, abril-1971, Anexo cuadro No 7

nómico y social a los servicios de salud, un ingreso per cápita muy bajo y serias deficiencias de saneamiento ambiental básico.[24]

3.4- Una reforma sustancial

Para superar la situación descrita, en el primer Plan Nacional de Salud de la década de los 70 se definió un conjunto de premisas básicas:

- La atención de la salud es un derecho de la población.
- El Estado tiene la responsabilidad de la salud del pueblo.
- La atención de la salud debe ser integral.
- Debe existir integración de los servicios preventivos con los de recuperación.
- Debe existir regionalización de los servicios, para mejorar la oferta y cobertura de las prestaciones al público.
- Debe darse preferencia a la atención ambulatoria [25]

Con base en estas premisas, fue definido y ejecutado un conjunto de políticas de salud que condujo a una profunda reforma de la legislación, la estructura, el funcionamiento y la coordinación de los servicios del sector.

La más importante de esas políticas se orientó a llevar la prestación de los servicios a toda la población del país, en todos los ámbitos geográficos y todos los niveles socioeconómicos, por medio de dos estrategias básicas que se apartaron de lo tradicional:

1) La estrategia de universalización de la seguridad social, para la cual la modificación, en marzo de 1971, del artículo 3o. de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro social previó tres etapas sucesivas:

i. una etapa de extensión vertical, de tipo económico, en la que fueron eliminados los llamados "topes salariales", que liberaban de la obligación de asegurarse a las personas que ganasen un salario superior a determinada suma;
ii. una etapa de extensión horizontal, de ampliación a áreas geográficas no cubiertas, en la que, por la Ley 5349, de 24 de setiembre de 1973, (llamada de traspaso de establecimientos hospitalarios) le fueron trasladados a la Caja los recursos físicos y humanos necesarios para el cumplimiento de ese objetivo;
iii. la universalización de la protección.

24. Unidad Sectorial de Planificación. Ministerio de Salubridad Pública. Plan Nacional de Salud 1974-1980. Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1975, P.18.
25. Oficina Sectorial de Planificación. Ministerio de Salubridad Pública. Plan Nacional de Salud. Segunda parte: diagnóstico y recomendaciones de política para el decenio 1971-1980. Anexo cuadro No 8

2) La estrategia de extensión de cobertura de los servicios a poblaciones que tradicionalmente habían carecido de ellos, en especial la rural dispersa y la urbana marginada, utilizando preferentemente la estrategia de atención primaria que se concretó en nuevos programas diseñados para que llegasen a los propios domicilios de la población con una amplia gama de servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, complementados con atención de urgencias y referencia de pacientes a otros niveles. y financiados en una amplia proporción con el apoyo de fondos generados por la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares.

Otra política importante fue la de racionalización en el uso de los recursos, que se concretó por medio de estrategias tales como: el apoyo a la planificación; la ejecución, en distintas instituciones del sector, de proyectos de desarrollo administrativo; el impulso a la regionalización, en un esfuerzo para desconcentrar la toma de decisiones; la definición de niveles de atención; el fomento de la atención ambulatoria; y la reorientación de los recursos físicos del sector, con el fin de que sus nuevas construcciones estuviesen ubicadas donde no existiesen similares de otra institución de salud, o se limitasen a remodelaciones de plantas físicas que mejorasen su funcionalidad o mantenimiento.[26] Además, se aprovechó la estrategia de extensión de cobertura para prestar atención prioritaria a los grupos humanos más vulnerables a la enfermedad por su condición biológica o social, y para concentrar los recursos disponibles en el ataque a los problemas más vulnerables con la tecnología disponible, en especial a los prevenibles por medio de vacunación, saneamiento ambiental básico y nutrición adecuada.

En vista de que la integración de todos los servicios de salud no se podría llevar a cabo de una sola vez, se definió la necesidad de lograr primero la unificación de las dos Direcciones Generales del Ministerio de Salubridad, para crear un única Dirección General de Salud, y buscar después, inicialmente mecanismos de coordinación, y posteriormente de integración, de las demás instituciones del sector.

Con estos fines, se mantuvo, a lo largo de la década, una estrategia de desarrollo institucional del sector, que se manifestó, al inicio, en una serie de esfuerzos por definir las funciones propias de cada una de sus instituciones, como un requisito básico para la racionalización del uso de sus recursos, y que posteriormente se concretó en una serie de instrumentos legales que permitieron la reestructuración sectorial, como:

- la citada Ley 5349, que permitió traspasar a la Caja los hospitales de las Juntas de Protección Social, para cumplir dos objetivos: ampliar la cobertura geográfica de su Régimen de Enfermedad y Maternidad y hacer factible la tercera etapa de la estrategia de universalización de la seguridad social anteriormente descrita;

26. Sáenz, Lenín. Hacia un Sistema Nacional de Salud en Costa Rica. P.24.

- la Ley No 5662 de 23 de diciembre de 1974, de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, que permitió financiar nuevos programas (de atención primaria y de nutrición), y ampliar otros (de nutrición) ya existentes desde hacía dos décadas;
- la Ley 5395, del 30 de octubre de 1973, General de Salud, que establece un conjunto de principios obligatorios en relación con los derechos y deberes de los individuos y las empresas en el campo de la salud, y regula su conducta en los aspectos que determinan la salud individual y colectiva; además, le dio base legal a la posición de rectoría del Sector Salud, que el Ministerio postulaba que debería asumir;
- a Ley No 5412, Orgánica del Ministerio de Salud, que permitió una reestructuración total de esta institución, para fortalecerla y hacerla más funcional, e hizo posible la fusión de muchas dependencias que realizaban las mismas funciones, para dejarlas subordinadas a una sola Dirección General de Salud;
- el Decreto Ejecutivo No 10734 SPPS-OP, de 7 de noviembre de 1979 y el decreto No 14313 SPPS-Plan, de enero de 1983, que agruparon las instituciones, programas y actividades públicas en materia de salud, para constituir legalmente el Sector Salud.

Los tres últimos instrumentos dieron base legal a las aspiraciones del Ministerio de Salud de constituirse en cabeza rectora de este sector, que vino a reafirmar la Ley No 6227, de 18 de diciembre de 1978, General de la Administración Pública, que dio sustento legal al postulado de que la definición de políticas del Estado requiere una dirección política, que decide que hacer, con qué objetivos y en qué ámbito, y una dirección administrativa, que decide cómo hacerlo, bajo la supervisión y el control de la dirección política. Acorde con ese postulado, esa Ley vino a justificar que en cada uno de los sectores del país existiera un responsable de la política sectorial, para coordinar, controlar y evaluar la gestión específica y global del sector, y asignó esta responsabilidad al ministro del ramo respectivo.

La desaparición de la Dirección General de Asistencia Médico Social y el traslado a la Caja de los establecimientos bajo su jurisdicción obligó, además, a modificar sustancialmente la estructura y las funciones del Consejo Técnico de Asistencia, que perdió gran parte de su razón de ser al carecer del control directo sobre establecimientos de atención médica, pero que siguió siendo necesario para la distribución de las rentas de la Lotería Nacional, que contribuían al financiamiento de tales establecimientos en el país.

Para la posterior unificación de los servicios se plantearon tres alternativas:

a) su integración por medio de la creación de un Servicio Nacional de Salud;

b) su integración bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud, dejando a la Caja Costarricense de Seguro Social la recaudación de los ingresos y el financiamiento de las prestaciones;

c) su integración bajo la jurisdicción de la Caja, manteniendo el Ministerio su función rectora y la prestación de servicios preventivos de carácter colectivo.

El análisis de esas tres alternativas condujo a identificar la falta de viabilidad de la primera y las serias dificultades de realización de la segunda, por lo que cada vez tomó más fuerza la tercera.

Por otra parte, con la promulgación, en 1974, de la Ley de Presidencias Ejecutivas de las Instituciones Autónomas, se trató de superar la rivalidad de las instituciones autónomas entre sí, y con los ministerios directamente relacionados con ellas, y el predominio de sus intereses institucionales sobre los del sector y las necesidades nacionales, que impedía el cumplimiento de las políticas definidas por el Poder Ejecutivo. Al asignar la dirección de las juntas directivas de aquellas a un presidente ejecutivo de libre nombramiento y remoción del Consejo de Gobierno, se trató de que quienes ejercieran esta posición tuvieran una visión más global de las relaciones entre los intereses y las necesidades de las instituciones bajo su dirección y los del Poder Ejecutivo, y de buscar una mejor coordinación entre ellas y los demás entes del Estado.

3.5- Los resultados de una reforma y de una crisis

El desarrollo de los nuevos programas de la década de los 70 y la implementación, entre 1974 y 1978, de la Ley de traspaso de establecimientos hospitalarios a la Caja, condujeron inicialmente a un esquema de organización institucional de prestación de servicios, que se extendió a las dos últimas décadas del siglo XX. Posteriormente, ante el impacto de la crisis que afectó al país en ese período, se buscaron nuevos modelos de atención y nuevas estrategias, para lograr una acción más eficaz y un uso aún más racional de los recursos. Con ese fin, se trató de incrementar la coordinación entre el Ministerio y la Caja, y de desarrollar mecanismos para llegar a su integración funcional en un "Sistema Nacional de Salud". Para lograrlo, se suscribieron varios convenios entre ambas instituciones, en los que se definieron sus interrelaciones y sus áreas de competencia para la prestación de servicios. Más tarde, bajo la influencia de los "Programas de Ajuste Estructural", los esfuerzos se concentraron en la Reforma del Sector Salud y sus instituciones.

De esta manera, durante las dos últimas décadas del siglo XX, el sector público de la salud estuvo conformado por el Ministerio del ramo (MS), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Nacional de Seguros (INS) en su Programa de Riesgos Profesionales, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado (ICAA) y las universidades. El MS tenía adscritas, como entidades semiautónomas, al Instituto Costarricense de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y al Instituto Costarricense de Enseñanza e Investigación en Salud (Inciensa). Las universidades y otros centros de enseñanza superior sólo estaban vinculados por medio de sus facultades, escuelas y centros de formación e investigación en el campo de la salud. En la práctica, también formaron parte del sector los servicios médicos privados, las

cooperativas de salud, las municipalidades y las comunidades. Las municipalidades sólo participaban por medio de la gestión de los desechos y de algunos acueductos.

La prestación de servicios a las personas la realizaban, principalmente, el Ministerio de Salud y la CCSS, y en menor medida, el INS, tres cooperativas de salud y varias organizaciones no gubernamentales. Por medio de convenios celebrados entre la Caja y el MS, fueron asignadas a la Caja las funciones de recuperación y rehabilitación de la salud, mientras se responsabilizó al MS de la conducción del sector, la vigilancia epidemiológica y la ejecución de los programas de atención primaria, de atención al medio y de nutrición. En teoría, se consideró a la Caja responsable de los niveles de atención especializada y altamente especializada, y el ministerio, del nivel primario. Sin embargo, persistía un nivel intermedio, de atención general, en el que las funciones no se encontraban bien deslindadas, y esto permitía la duplicación de acciones y aumentaba los costos.

El Ministerio de Salud tenía a su cargo la mayoría de los servicios de prevención y de promoción de la salud que, en el área rural, se prestaban en el nivel local por medio de los programas llamados "de atención primaria". Uno de ellos, llamado de Salud Rural, tenía como elemento básico al "Área de Salud", constituida por un conjunto de localidades o centros poblados con alrededor de 3.000 habitantes, en el que existía un Puesto de Salud, que servía como centro de operaciones. Las labores eran realizadas conforme a normas claramente definidas, por personal auxiliar capacitado en cursos especiales. La prestación de los servicios se hacía en los propios domicilios, de acuerdo con una programación periódica basada en información recogida por medio de censos, de la población local, sus características y sus problemas. Se brindaban servicios de atención directa a las personas, de atención al medio y actividades complementarias de apoyo, que incluían la promoción y el apoyo a la organización comunitaria y la educación para la salud. El otro programa, llamado de Salud Comunitaria, con el mismo tipo de servicios y una organización similar, se prestaba en el área urbana marginada. La forma severa en que la reducción del gasto del Ministerio de Salud repercutió sobre estos programas condujo a que, en el transcurso de las dos últimas décadas, se desmejoraron, redujeron su personal y disminuyeron su cobertura.

En las cabeceras de cantón, el nivel intermedio del MS contaba con centros de salud, con personal profesional y auxiliar. En ellos, además de las actividades de promoción y prevención de la salud, se atendía a pacientes y se actuaba como elemento básico de apoyo técnico y administrativo, y como primer nivel de recepción de casos referidos desde las áreas de salud. Además, en los distintos cantones del país, contaba con unidades móviles, médicas y odontológicas, que hacían visitas periódicas a las áreas de salud para prestar atención profesional a sus poblaciones.

Por su parte, sus actividades de nutrición se desarrollaban en dos tipos de establecimientos:

- **Centros de Educación y Nutrición (CEN)** que proporcionaban alimentación complementaria, educación higiénica y nutricional y vigilancia nutricional básica a los niños preescolares y a las madres embarazadas o lactantes en riesgo de desnutrición.
- **Centros Infantiles de Atención Integral (CINAI)**, que proporcionaban a los niños servicio de guardería, alimentación, atención de su salud física y odontológica, estimulación precoz, educación y acciones de trabajo social.

Con todos estos elementos, el ministerio había conformado un subsistema de atención, que disponía de equipos multidisciplinarios en el nivel regional para supervisar y apoyar al nivel local, y de una compleja organización en el nivel central, responsable de funciones normativas, asesoras y de apoyo técnico-administrativo, así como de la definición de políticas.

La Caja, además de tener a su cargo la atención de la mayoría de las enfermedades y accidentes comunes de toda la población, en el Régimen de Enfermedad y Maternidad, administraba el de Invalidez, Vejez y Muerte, así como un régimen no contributivo de pensiones por monto básico, para quienes habían alcanzado su edad de jubilación sin capacidad económica y sin haber cotizado para su pensión. En cada una de las regiones de salud, tenía una dirección regional, responsable de los servicios de su área de atracción, que se prestaban en clínicas de consulta externa y en hospitales, generales y especializados, estructurados piramidalmente con el fin de que los pacientes tuvieran acceso, desde los servicios más simples hasta los más complejos. En el nivel central se encontraban los establecimientos de más alto grado de especialización, así como los organismos normativos, los asesores, los de apoyo técnico y administrativo y los que definían las políticas de la institución.

Una pequeña proporción de la medicina asistencial estaba a cargo del Instituto Nacional de Seguros (INS), que tenía el monopolio del régimen de los seguros en el país y administraba el régimen de riesgos del trabajo. Contaba con unas pocas instalaciones, y compraba servicios a la CCSS y a la limitada capacidad instalada del sector privado.

Por su parte, el Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillado (AyA) continuaba siendo el responsable del suministro de agua potable y de los servicios de alcantarillado en la mayor parte del país, con participación de algunas municipalidades que no le habían traspasado dichos servicios y de los programas de atención primaria, que colaboraban en la construcción de acueductos rurales, que luego entregaban a organismos locales para su administración.

En la búsqueda de nuevos modelos de atención para corregir algunos de los problemas detectados en el sistema existente, relacionados, en especial, con la consulta ambulatoria, a mediados de la década de los 70, se incorporó un nuevo programa a los servicios de salud, el de médico de empresa. Por mutuo acuerdo entre la Caja Costarricense de Seguro Social y las cámaras de empresarios, para la atención de sus empleados, se autorizó a las empresas

a contratar médicos que debían inscribirse en el Departamento de Prestaciones Médicas de la Caja, y la institución a su vez se responsabilizó de todas las demás prestaciones a las que el trabajador tuviera derecho

A principios de la década de los 80, se estableció en la Caja el modelo de medicina mixta, en el que el asegurado pagaba su consulta al médico que escogiera, sin poder solicitar su reembolso, y la Caja se responsabilizaba del pago de los medicamentos y los exámenes de laboratorio y de gabinete que el facultativo creyera necesarios. Los resultados obtenidos fueron considerados como parcialmente satisfactorios [27] por el alto costo que representaba el uso de la gran cantidad de exámenes y medicamentos usados con frecuencia.

También se buscó un nuevo modelo de atención, en 1987, con la creación de un médico de capitación, basado en el modelo del Reino Unido, para lo que se preparó un programa de atención integral a toda la población, en Barva de Heredia, que incluía la atención de emergencias y de casos que la solicitaran después de finalizada la consulta normal. La Caja y el Ministerio sumaron sus recursos para el funcionamiento de la consulta externa y del laboratorio clínico, y se creó una farmacia en el nuevo Centro de Salud integrado. Lamentablemente, la respuesta de las distintas partes involucradas no fue la esperada, y el modelo no funcionó de la manera deseada.[28]

Otro esfuerzo en la búsqueda de nuevos modelos de atención la constituyó el establecimiento de un programa de atención integral, a cargo del médico de familia, que se inició, en 1987, en la Clínica de la Caja en Vásquez de Coronado,[29] mediante la residencia en esta especialidad después de los estudios básicos en la Escuela de Medicina. Para el inicio de este programa, se contó con la experiencia y el apoyo de la Universidad de Mc Gill, de Toronto, Canadá, y se aprovechó la apertura de una nueva planta física, prevista para la incorporación en ella de los programas del Ministerio de Salud.

Dentro de estos esfuerzos de desarrollo de nuevos modelos, el que obtuvo mejores resultados, tanto en el aspecto económico como en la satisfacción de las partes involucradas, fue el de cooperativas médicas, que se integraron con personal de salud, que, en su mayoría, ya contaba con experiencia de trabajo en organismos del sector. Estas cooperativas vendían servicios integrales de salud al MS y a la Caja, en establecimientos construidos y equipados por estas instituciones. El modelo, que se inició en la Clínica de Pavas y se replicó en algunas otras comunidades, requirió una capacitación, previa y sostenida, de la comunidad. Sus servicios eran de complejidad mayor a la de un simple consultorio ambulatorio, pues se complementan con procedimientos de diagnóstico con imágenes, cirugía ambulatoria, endoscopía y atención oftalmológica, otorrinolaringológica y partos eutócicos, con monitoreo que permitía su pronta referencia a hospitales, ante cualquier evidencia que la hiciese necesaria. Además,

27. Miranda, Guido. La seguridad social y el desarrollo en Costa Rica. II edición. Editorial Nacional de Salud y Seguridad social, San José, Costa Rica, 1983, P.345.
28. Miranda, Guido. Op cit. .P348
29. Miranda, Guido. Op cit. P.349

profundizó en la organización de la comunidad, en la identificación de sus líderes y en la formación de grupos de trabajo para actividades complementarias, y contó con servicios desconcentrados bajo la forma de consultorios comunitarios.

3.6- El ajuste estructural y una nueva reforma

Aunque los cambios de la situación de salud en los tres últimos decenios representaron una notoria mejoría, también generaron nuevos problemas, con el envejecimiento de la población y la modificación del perfil epidemiológico, con el incremento de una patología cuya atención requiere personal especializado y el uso de equipos de altos costos de adquisición y mantenimiento, así como con el aumento de la patología social, con problemas de violencia, drogadicción y desintegración familiar, que afectan las condiciones de salud de la población. Esta situación se agravó con el desplazamiento de la atención de la salud como prioridad política del Estado, con las reducciones de financiamiento que sufrió el sector desde el inicio de la crisis, y con las mejorías salariales y la disminución de las jornadas de trabajo, obtenidas como respuesta a las presiones de grupos organizados del sector, a lo que se agregó una disminución del rendimiento profesional. Este conjunto de factores condujo a reducir la capacidad de respuesta del sistema, y encareció su funcionamiento más allá de un límite tolerable.

Aunque el sector estaba organizado en varios niveles de atención, aún era ambigua la definición de las responsabilidades que correspondían a cada uno de ellos, así como la de la coherencia que debía existir entre los tipos de establecimientos de cada nivel, y los recursos que debían tener para cumplir esas responsabilidades, según su complejidad. Era frecuente el uso de recursos de gran capacidad profesional y alta tecnología en actividades de baja complejidad, sin una clara percepción de que esto representaba un gasto excesivo del reducido financiamiento sectorial, en servicios de baja eficacia social. Además, la capacidad gerencial de los recursos humanos existentes era escasa, y no existía un sistema de información sectorial que permitiera disponer de información, comparable, oportuna y confiable, de todas las instituciones del sistema.

Aunque la Ley General de la Administración Pública había proporcionado sustento legal a la aspiración del Ministerio de Salud, a organizar, conducir y coordinar todo el sector, su poder real sólo abarcaba una parte del subsector público. Se había esforzado en integrar las instituciones del sector, pero había olvidado que la sola existencia de instrumentos legales no era suficiente para superar las tradiciones, las restricciones políticas y económicas y la correlación real de fuerzas y recursos, y no había desarrollado el poder político y económico necesario para obtenerlo. Además, la estructura del ministerio, los recursos de que disponía y los métodos y procedimientos administrativos de las distintas instituciones del sector hacían muy difícil la verificación del cumplimiento de las políticas que estaba llamado a dictar en el ejercicio real de su función rectora.

Por otra parte, en la Caja, la enorme demanda de una consulta externa con exceso de casos de patología mínima desestimulaba la labor del médico, contribuía a deshumanizar la atención y había vuelto inadecuada su capacidad de respuesta, organizada en función de la "libre demanda". Además, la formación del médico no lo capacitaba para ejercer adecuadamente el liderazgo que tradicionalmente le había exigido la comunidad, y ésta había perdido confianza en él como orientador de la gestión necesaria para el bienestar comunal. Todo esto provocaba un choque con las expectativas de las comunidades, y una actitud de rechazo hacia el personal que las atendía. Por otra parte, las instituciones habían funcionado, tradicionalmente, con una gran centralización administrativa y financiera y con poca participación ciudadana. En su modelo de atención predominaba el enfoque curativo biologista y la planificación, la distribución y el uso de sus recursos humanos, físicos y tecnológicos, que eran bastante heterogéneos, no prestaba toda la atención necesaria a los problemas locales de salud.

Es evidente que, ante esta situación, se justificaba la revisión de las necesidades nacionales en el campo de la salud, y la identificación clara de las actividades y los recursos necesarios para satisfacerlas, la manera en que se les debía distribuir en el sector y en cada una de sus instituciones, y la forma en que éstas deberían ajustar sus estructuras para un adecuado desempeño, de manera que sus productos correspondieran a la demanda y a las características propias del país.

Además de los problemas propios del sector que justificaban su reforma, había otra razón que la hacía imperativa: el compromiso, con algunos organismos internacionales, de ejecutar "Programas de Ajuste Estructural" para responder a la situación creada por la crisis. La desaceleración del crecimiento económico y la abundancia de financiamiento ofrecida por los países productores de petróleo por intermedio de la banca transnacional habían conducido al país, al inicio de lo años 80, a un enorme endeudamiento y a un déficit comercial. La renovación de sus créditos lo había obligado a un proceso de renegociación, que fue condicionado por la banca transnacional a la obtención del aval del Fondo Monetario Internacional (FMI), y éste requirió la firma de convenios que incorporaron reglas de condicionalidad de las políticas internas, y condujeron a la formulación de "Programas de Ajuste Estructural" ("PAE"). El primero de estos, el "PAE I", inició una reforma comercial, para liberalizar la economía, y una reforma fiscal, para reducir el tamaño del "sector público" y mejorar la eficiencia de las instituciones. Luego, el "PAE II", buscó abrir la economía al mercado internacional, por medio de la reducción de aranceles, incentivos a las exportaciones, restricción de subsidios, reducción del tamaño del Estado, venta de instituciones públicas al sector privado y fortalecimiento de la empresa privada. Ya en la década de los 90, un "PAE III" trató de profundizar la reforma del sector público, y de reformar tres grandes áreas: el Estado, el sector financiero y el sector comercial.

El proyecto de reforma del sector salud formó parte de la reforma del Estado. Buscó corregir y mejorar la capacidad operativa de sus instituciones e introducir cambios profundos al modelo de prestación de los servicios, a su financiamiento y a su organización y funciona-

miento. Su base teórica consideró a la salud como un producto social, cimentado en los principios de universalidad e integralidad de la atención, equidad en la prestación de los servicios, solidaridad en el financiamiento y amplia participación de todas las fuerzas sociales, y para su desarrollo se diseñaron los siguientes componentes:

a) **Rectoría y fortalecimiento** del Ministerio de Salud, como máxima instancia política, normativa y reguladora, que orienta la producción social de la salud en escala nacional.

b) **Readecuación del modelo de atención**, para brindar atención primaria de la salud en condiciones de máxima cobertura, eficacia, eficiencia y equidad.

c) **Saneamiento financiero** del sistema nacional de salud.

d) **Desarrollo y modernización** de las estructuras, sistemas de trabajo y procedimientos de gestión institucional del MS y de la Caja, para que sean capaz de apoyar las acciones correspondientes a sus nuevos roles y estrategias.

Para el desarrollo del componente de rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud, se definieron cuatro funciones estratégicas:

a) Dirección y conducción,
b) Regulación del desarrollo,
c) Vigilancia,
d) Investigación científica y desarrollo tecnológico

La readecuación del modelo de atención fue diseñada para atender en forma apropiada y oportuna los problemas locales de salud, con servicios integrales de amplia capacidad resolutiva, participación activa de la comunidad y racionalización del gasto público. Su ejecución correspondía a la CCSS.

El modelo se subdividió en cinco programas de atención integral: 1) del niño; 2) del adolescente; 3) de la mujer; 4) del adulto; y 5) del adulto mayor. Todos estos programas se debían ejecutar en los tres niveles de atención.

En el primer nivel, el territorio se dividió en áreas de salud que, a su vez, se subdividieron en Sectores, en cada uno de los cuales debía funcionar un Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS), conformado por un médico general, una auxiliar de enfermería y un asistente técnico de atención primaria (ATAP) Para fortalecer la capacidad resolutiva de los EBAIS y de su correspondiente Área de Salud, en cada una de éstas funcionaría un Equipo de Apoyo que debía ofrecer atención integral en los domicilios, las comunidades, los establecimientos educativos, las consultas externas de los puestos de salud, las clínicas y en los cen-

tros de trabajo. Para la organización de los EBAIS, el ministerio tuvo que trasladar a la Caja el personal de los programas de Salud Rural y Salud Comunitaria, de acuerdo con lo requerido por un organismo internacional que facilitó parte del financiamiento del proyecto.

El segundo nivel debía dar apoyo al primero, y ofrecer atención ambulatoria e intrahospitalaria en las especialidades básicas (medicina interna, pediatría, cirugía general, ginecoobstetricia y psiquiatría).

Al tercer nivel le correspondía la atención de las demás subespecialidades y la prestación de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico que requieren alta tecnología.

El componente de financiamiento planteó una revisión severa del sistema y la puesta en marcha de las modificaciones resultantes de ella, para enfrentar el nuevo esquema de organización sectorial e institucional al que conducirían los cambios propuestos en el proyecto de reforma. Su objetivo fue asegurar el equilibrio financiero a mediano y a largo plazo, de acuerdo con los principios de la seguridad social. Para esos fines, planteó los siguientes subsistemas:

- rediseño del modelo de financiamiento,
- normalización del esquema de contribuciones,
- desarrollo de un sistema para mejorar la eficiencia en la recaudación,
- desarrollo de un sistema para mejorar la asignación y administración de recursos, según parámetros de productividad y calidad y
- desarrollo de un sistema de costos, estadísticas y evaluaciones económicas.

Con el proyecto se buscó la transición desde un modelo de predominio asistencial hacia otro integral, con el amplio uso de la atención primaria y el ejercicio de una rectoría que no se logró hacer efectiva antes del final del siglo, ya que no sólo requería los diseños y recursos propuestos y los utilizados, sino, en especial, cambios profundos de actitud y de actuación de los usuarios, del personal de salud y de las instituciones que forman los recursos humanos del sector.

Capítulo 4. Esperanza de vida y salud de las madres y menores de un año

Entre 1900 y el 2000, Costa Rica ha logrado cambios vertiginosos en la esperanza de vida, en la salud materna e infantil, producto de mejores condiciones de vida y la aplicación de políticas públicas que han impactado positivamente en la condiciones de salud de la población costarricense.

Al finalizar el Siglo XX, el país se coloca en el Continente de las Américas, en segundo lugar con mayor esperanza de vida, con una de las tasas más bajas en mortalidad infantil (10,8) y con una tasa global de fecundidad de 2,4. Además, el 95,6% de los nacimientos son atendidos en hospitales de la CCSS y la pirámide poblacional refleja cambios importantes, un engrosamiento de los grupos de edad mayor de 75 años y una reducción en el grupo de menores de cinco años. En este capítulo se abordan estos aspectos señalados y además, se identifican nuevos desafíos para la sociedad costarricense.

1. Esperanza de vida en Costa Rica

Costa Rica tiene una esperanza de vida de país desarrollado resultado de una política social sostenida a lo largo del tiempo, en la que salud y educación han sido una prioridad. Al comparar la esperanza de vida costarricense con el resto de países de las Américas, se comprueba que es solamente superado por Canadá. Ni la depresión de los 30, ni las penurias originadas por la segunda guerra mundial, ni la crisis económica de los años 80 detuvieron este avance costarricense.(1)

Una mirada al pasado nos recuerda que cien años atrás los costarricenses tenían una esperanza de vida de 35 años (1900), pasarían treinta años para que los costarricenses incrementaran en 7.33 años su expectativa de vida (42,2 en 1930); este proceso evolutivo continuó y para 1960, los ticos tenían 62,60 años de esperanza de vida; es en la década de los años 70 que el país logra mejoras excepcionales, para luego sufrir un estancamiento y un leve retroceso en la primera mitad de los 90.

---

1 Rosero Bixby, Luis. Documento Tendencias en la mortalidad y esperanza de vida, Costa Rica 1970-2001. OPS/OMS Costa Rica. 2002, pág. 8

2 Rosero Brixby, Luis. Op Cit, pág. 8

En la primera mitad de los 70, las ganancias fueron vertiginosas (0,87 años anualmente) producto de la introducción de los programas de atención primaria de la salud en áreas rurales. Es en el periodo 1990-1995 que se da un estancamiento e incluso un retroceso, de 76,9 años en 1990 a 76,2 en 1995.[2] En el segundo quinquenio, este indicador vuelve a progresar de 76,7 (1996) a 77,7 (2000), manteniéndose estable en 2001 (cuadro 1). Entre 1970 y 1990 el país sufre un cambio positivo en este indicador de 11,19 años.

Un análisis de las tendencias de la mortalidad y esperanza de vida del periodo 1970-2001, realizado por Rosero Bixby determinó que en ese periodo se ensanchó la brecha de la esperanza de vida entre mujeres y hombres. En el 2000 las mujeres tienen una esperanza de vida de 80,2 años mientras que los hombres 75,3 años, lo que significa una diferencia de casi cinco años.[3]

Cuadro 1
Esperanza de vida al nacer y a los 20 y 65 años de edad.
Costa Rica 1970 – 2001

Sexo y edad	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1999	2000	2001
Ambos sexos									
Al nacer	65.68	71.31	74.38	75.60	76.87	76.22	77.33	77.33	77.72
20 años	52.93	55.55	56.77	57.64	58.64	57.82	58.76	59.01	59.00
65 años	15.13	16.58	17.14	17.40	18.23	17.65	18.24	18.41	18.26
Hombres									
Al nacer	64.20	69.37	71.86	73.73	74.74	73.96	74.97	75.35	75.59
20 años	51.77	53.91	54.59	56.00	56.70	55.76	56.61	56.81	56.99
65 años	14.64	15.98	16.13	16.63	17.11	16.68	17.11	17.16	17.14
Mujeres									
Al nacer	67.24	73.35	77.02	77.56	79.11	78.60	79.80	80.22	79.96
20 años	54.14	57.25	59.04	59.35	60.66	59.97	60.99	61.31	61.11
65 años	15.61	17.15	16.13	18.14	19.31	18.58	19.32	19.62	19.36

Fuente: Tablas de vida preparadas en el CCP, Universidad de Costa Rica

Algunos factores relacionados

Durante la década de los 90 el país siguió un proceso de transición demográfica. La tasa de mortalidad general ajustada por edad disminuyó de 4,1 por mil en 1990 a 3,8 en el 2000; la tasa de natalidad pasó de 26,3 nacimientos por mil habitantes a inicios de la década a 20,6 en el 2000 y la tasa de fecundidad global bajó de 3,2 hijos por mujer a 2,4 en el último año de este periodo. Como resultado el índice de crecimiento de la población cayó de 3,1% a 2,2%.

3 Rosero Brixby, Luis. Op Cit, pág.3

Un elemento activo dentro de esta tendencia es la disminución de la mortalidad infantil, por su impacto en la mortalidad general y su asociación a una menor natalidad, que presentó una reducción del 32,3% en el periodo 1990-2000.[4]

En la década de los años setenta y ochenta este indicador tuvo un descenso rápido, tendencia que se mantuvo hasta los noventa. Entre 1990 y el 2000 descendió casi una tercera parte al pasar de 15,0 a 10,2 x 1000 n.v.. La disminución de este indicador ha impactado positivamente en la esperanza de vida que entre 1970 y el 2001 se incrementó en 12 años.

En una perspectiva más amplia, se distinguen dos grandes tendencias en la evolución de este indicador en las últimas tres décadas. La impresionante caída de aproximadamente 70 a 20 por mil nacidos vivos en los años 70; el progreso modesto en los 80 y en los siguientes años, la reducción de aproximadamente medio punto cada año, exceptuando el estancamiento en la primera parte de la década de los 1980, lo cual se asocia a la crisis económica y un perverso incremento de más de 25% en 1997 que distorsiona las tendencias de los últimos años.[5]

Si bien el país ha mejorado sustancialmente el promedio nacional de la mortalidad infantil, es necesario resaltar que este enmascara las iniquidades que persisten en el nivel cantonal. Para el 2001, 38 de los 81 cantones del país presentan tasas superiores y en algunos llega a ser de 40 por 1000 n.v.[6] Vale señalar que Costa Rica aún tiene posibilidades de avanzar en la reducción de la mortalidad en los infantes menores de un año.

Mortalidad

En las últimas décadas en números absolutos la mortalidad general creció, lo que se explica por el crecimiento de la población y los cambios en la estructura por sexo y edad. En realidad esta mortalidad ha presentado un descenso sostenido, de 1980 al 2000 la tasa ajustada pasó de 48 x 10.000 habitantes a 37,6, lo que representa una disminución de un 22%. Por sexo, la tasa de los varones se mantiene 30% más alta que la de las mujeres.[7]

Durante los últimos 20 años, las primeras causas de muerte se mantienen en las mismas posiciones: enfermedades cardiovasculares en primer lugar, seguidas de las neoplasias, ambas responsables del 50% del total de muertes. Las muertes violentas, las causadas por infecciones y las perinatales ocupan el tercer, cuarto y quinto lugar respectivamente. La reducción según los grupos de causas entre 1980 y el 2000, es porcentualmente mayor en las enfermedades infecciosas (54,8%) y las perinatales (50,5%); las cardiovasculares y las neoplásicas presentan una disminución de 16,5% y 19,5% respectivamente.[8]

---

4 Bortman, Marcelo. Situación de Salud Costa Rica 2002. Organización Panamericana de la Salud. 2002. pág. 6
5 Rosero Brixby, Luis. Op Cit, pág.9
6 Bortman, Marcelo. Op. Cit, pág. 6.
7 OPS/OMS. Documento Análisis de las Metas del Milenio. Mortalidad infantil de Costa Rica. Costa Rica: Representación OPS/OMS. 2003. pág. 1
8 Bortman, Marcelo. Op. Cit, pág. 6.

La evolución de la mortalidad según cuatro grupos de edad (cuadro 2), permite identificar que la tendencia general de la reducción es más acentuada en edades menores. La tasa de mortalidad en los niños en el 2001 es tan solo un 13% de la observada en 1970 en tanto que la de los adultos de la tercera edad (65 años y más) es un 83%. En los años 90, la tendencia adversa de aumento de la mortalidad se concentra en los adultos y en menor grado entre los jóvenes. En la niñez el progreso continuó a un ritmo más lento que en el pasado.[9]

Cuadro 2
Tasas de mortalidad por grandes grupos de edad.
Costa Rica 1970 – 1996
(Tasas por 1.000 personas en la población estacionaria)

Edades	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1999	2000	2001	Variac*
Ambos sexos										
Infantil**	67.03	40.11	19.92	18.51	15.03	13.29	11.66	10.23	10.36	-14%
<5	19.27	10.19	4.97	4.38	3.59	3.17	2.77	2.44	2.51	-14%
5-19	1.00	0.66	0.59	0.42	0.41	0.42	0.38	0.36	0.33	-10%
20-64	5.99	4.72	4.14	3.74	3.47	3.72	3.35	3.31	3.20	-11%
65+	66.09	60.31	58.34	57.47	54.87	56.65	54.82	54.31	54.75	-3%

**Porcentaje de aumento o disminución en los últimos 5 años (1994-6 vs 1999-01)*
***Tasa clásica: defunciones infantiles por 1.000 nacimientos*

Fuente: Tablas de vida preparadas en el CCP, Universidad de Costa Rica

Al analizar la magnitud por sexos, la mortalidad de los hombres es mucho mayor que la de las mujeres en todos los grupos de edad (diferencia de aproximadamente 2,000 muertes más). Desde 1980 se observa una ampliación de la brecha de los adultos jóvenes respecto a las mujeres en más del doble; los hombres mayores de 65 años tienen tasas 15% mayores que su contraparte femenina y los niños 27% más que las niñas.[10]

Al tratar de entender cuáles son las causas que impactan la mortalidad y la esperanza de vida en Costa Rica, en la primera mitad de los años 90 sobresalen las patologías relacionadas con los estilos de vida (homicidios, suicidios, accidentes de automóvil, alcoholismo y el SIDA), a las que se suman la diabetes y las respiratorias crónicas. En algunas causas los aumentos fueron dramáticos, mortalidad en hombres por homicidio aumentó en 35% entre 1980 y 1995 y en los últimos cinco años, por diabetes en 33%, por accidentes de tránsito en 12%; mientras que en las mujeres, la mortalidad por otros accidentes incrementó en 22% y la asociada al alcoholismo en 14%.[11]

9 Rosero Brixby, Luis. Op Cit, pág.10
10 Rosero Brixby, Luis. Op Cit, pág.10
11 Rosero Brixby, Luis. Op Cit, pág.11

También se observa aumentos en la mortalidad por cáncer de próstata que pasó de 6,1 a 10,1 x 100.000 en 1990. Las tendencias adversas en cáncer de pulmón y de mama parecen revertirse en años recientes y respecto al cáncer de mama, el 65% de incremento entre 1970-1995 fue una consecuencia de la caída de la natalidad en el país (Rosero Bixby et al, 1987:753). El cáncer gástrico y de las vías respiratorias presentan reducciones en los 90, tanto en hombres como en mujeres, la caída del segundo podría tener explicación en la disminución del tabaquismo en adultos, especialmente hombres, a partir de los años 80 y en el caso del cáncer gástrico la razón podría asociarse a la tendencia observada en países industrializados cuya caída se ha relacionado con el desarrollo socioeconómico y posibles mejoras en el manejo y preservación de los alimentos.[12]

Rosero Bixby hizo un análisis para recalcular la esperanza de vida en el país simulando una situación hipotética en la que no existen defunciones de origen social, como resultado se obtiene una ganancia de tres años en los hombres y un año en las mujeres, lo que significa que la mitad de la brecha de esperanza de vida entre ambos sexos se debe a la mortalidad por patologías sociales.[13]

Al analizar los años de vida potencial perdidos (AVPP) por fallecimientos antes de los 75 años en relación con la población, se observa que en 1980 se perdieron 1070 AVPP por cada 10.000 habitantes mientras que en el 2000 se presenta una reducción en un 42% (625,5 x 10.000 habitantes). Durante este periodo la provincia de Heredia presentó valores inferiores respecto a las restantes provincias, 966,0 en 1980 y 517,8 en el 2000, en tanto Limón presentó valores marcadamente superiores 1572,6 y 746,8 (47% y 19% mayor en 1980 y 2000 respectivamente).[14]

Las diferencias regionales en las tendencias de la mortalidad identifican áreas rezagadas. La mortalidad de los niños menores de 5 años presenta una fuerte discriminación según si el cantón pertenece o no al Valle Central, en 1975 era aproximadamente el doble en la bajura (13,72) que en el Valle Central (7,78 urbano) y en el 2000 la tasa más alta corresponde al Área Metropolitana de San José (2,84). En la mortalidad de adultos varía el patrón regional, en el 2000 la tasa más alta corresponde a las ciudades fuera del Valle Central (4,34) y la tasa más baja a principio y final de periodo corresponde a las zonas rurales del Valle Central (3,31 y 2,26 respectivamente).

Costa Rica ha completado la transición demográfica al llegar a una tasa de fecundidad de reemplazo (2,09), sin embargo aún se mantiene en la "transición epidemiológica" marcada por un periodo importante (1980-1985) en el que se presentó una caída dramática de la mortalidad causada por enfermedades transmisibles (especialmente diarreas e infecciones respiratorias agudas). Como resultado, el país pasa de un predominio de las enfermedades transmisibles a un predominio de las enfermedades crónicas y degenerativas junto con las

12 Rosero Brixby, Luis. Op Cit, pág.11
13 Bortman, Marcelo. Op. Cit, pág. 21
14 Bortman, Marcelo. Op. Cit, pág. 19

patologías relacionadas con los estilos de vida, por lo que el país presenta un mosaico epidemiológico caracterizado por la convivencia de ambos perfiles. Este nuevo perfil epidemiológico demanda superar el paradigma infección-nutrición y desarrollar nuevos enfoques para mejorar la salud del país.

Conclusiones

- La expectativa de vida del costarricense se mantiene sin variaciones desde 1990 en alrededor de 77 años. Este estancamiento es resultado de la estabilización de la tasa de mortalidad infantil que durante la presente década muestra oscilaciones sin que se evidencie una tendencia hacia la reducción y del aumento proporcional que, desde 1985, muestran las tasas de mortalidad por algunas patologías como enfermedades del aparato circulatorio, tumores y causas externas.

- La esperanza de vida es la mayor en 20 años, pero viene de una cohorte, donde el contexto social, económico ha tenido mejores condiciones (pobreza, desempleo, condiciones de vida, salarios, otros)

- Las patologías relacionadas con los estilos de vida destacan en las últimas dos décadas como causas importantes de la mortalidad y por tanto, uno de los mayores retos para la salud pública del país.

- Los servicios de salud deben prepararse para responder al aumento explosivo de la demanda de servicios de la población adulta mayor

2. Salud de las madres y de los menores de un año: influencia en la pirámide de población

Ligia Moya de Madrigal, MSc. *

Antecedentes y situación actual

Desde que en el siglo XIX se declaró la enseñanza primaria gratuita y obligatoria para todos los residentes en el territorio nacional, Costa Rica se separo de la mayoría de los países latinoamericanos e inició su camino hacia el progreso logrado en el siglo XX.

**Jefa Departamento de Estadísticas de Servicios de Salud de la CCSS*

Una población alfabetizada se propuso acciones en diversos campos que lentamente fueron mejorando sus indicadores de bienestar; hasta que en el último tercio del siglo XX, se propuso específicamente acelerar el proceso de mejoramiento de sus indicadores de salud.

Así, la tasa de natalidad que estaba en 43,13 nacimientos por 1000 habitantes en 1964 y se había reducido a 32,85 en 1970 y llegó a 19,9 en 2000, y la proporción de nacimientos ocurridos en los hospitales de la CCSS que había subido de 7% a 14,41% en el mismo periodo ya estaba en 96% en el año 2000. En forma congruente, la tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año de edad) que en 1964 era de 79,2 por 1000 nacimientos y se había reducido a 61,5 en 1970; diez años más tarde había bajado a 19,1 y a 14,7 veinte años después; llegando en treinta años a 10,2.

Con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud, la contribución del sector salud en este aceleramiento puede identificarse claramente con el fortalecimiento del primer nivel de atención mediante los programas de Salud Rural y Comunitaria en manos de auxiliares de enfermería y de asistentes de salud rural del Ministerio de Salud, y el traslado de la responsabilidad de la atención hospitalaria del parto a la CCSS con cobertura universal (a asegurados y no asegurados) en la década de 1970-79. La década 1980-89 cierra con tasa de natalidad de 28 por 1000 n.v, 95% de parto intrahospitalario y 13,9 por 1000 n.v. de mortalidad infantil.

El proceso se refuerza con las reformas iniciadas en 1992, que dejaron en manos de la CCSS la atención integral de la salud de las personas. Esta institución con mejores recursos, pudo transformar el primer nivel de atención en Áreas de Salud que incluyen varios equipos básicos (EBAIS) formados por medico, asistente de atención primaria y auxiliar de enfermería, y un equipo de apoyo con registros y estadística, laboratorio, farmacia, trabajo social, nutricionista, psicólogo y las especialidades medicas básicas.

Como era de esperar, la mortalidad infantil se fue concentrando en las causas perinatales, por lo que su reducción en los últimos años ha requerido una gran inversión en servicios hospitalarios, la cual se ha logrado porque se financian con las cuotas del seguro obligatorio que administra la CCSS y porque, como se puede ver en el mismo cuadro 3, la reducción de la natalidad ha hecho que desde 1996 se tienda a registrar menos nacimientos absolutos en Costa Rica.

El tercer milenio se inicia con una tasa de 19 nacimientos por 1000 habitantes; 95,6% de los nacimientos del país ocurre en hospitales de la CCSS y mueren 10,8 menores de un año por cada 1000 nacimiento.

Cuadro N° 3
Población, nacimientos, tasa de natalidad *,
porcentaje de los nacimientos ocurrido en la CCSS y tasa de mortalidad infantil *,
Costa Rica 1964 - 2001

Año	(1) Población	NACIMIENTOS (2)				Mortalidad Infantil *
		Costa Rica	CCSS	N/ MIL H *	% CCSS	
1964	1431625	61753	4404	43,13	7,13	79,20
1965	1481520	62909	4560	42,46	7,25	76,00
1966	1531318	62963	4468	41,12	7,10	65,10
1967	1581518	61963	4488	39,18	7,24	62,30
1968	1631744	59213	4088	36,29	6,90	59,70
1969	1681622	57984	5371	34,48	9,26	67,10
1970	1758042	57757	8320	32,85	14,41	61,50
1971	1802710	58309	9338	32,35	16,01	56,40
1972	1848163	57438	9959	31,08	17,34	54,60
1973	1894821	53505	11004	28,24	20,57	44,80
1974	1941532	56770	13282	29,24	23,40	37,60
1975	1992353	58140	24325	29,18	41,84	37,10
1976	2048114	59969	35470	29,28	59,15	33,30
1977	2106889	62178	46830	29,51	75,32	27,80
1978	2169565	67660	55176	31,19	81,55	22,30
1979	2234514	69245	57958	30,99	83,70	22,10
1980	2301984	69988	60210	30,40	86,03	19,10
1981	2372045	72260	61991	30,46	85,79	18,00
1982	2443151	73120	62641	29,93	85,67	18,90
1983	2514478	72953	64034	29,01	87,77	18,60
1984	2587820	76878	69581	29,71	90,51	18,40
1985	2665985	84337	77546	31,63	91,95	17,60
1986	2746223	83194	76921	30,29	92,46	17,80
1987	2823981	80326	74470	28,44	92,71	17,40
1988	2900901	81376	76360	28,05	93,84	14,70
1989	2976989	83460	79216	28,04	94,91	13,90
1990	3050556	82617	77891	27,08	94,28	14,66
1991	3121666	81859	75991	26,22	92,83	13,68
1992	3191249	80860	76112	25,34	94,13	13,60
1993	3274971	80478	76117	24,57	94,58	13,54
1994	3372604	81132	76526	24,06	94,32	12,88
1995	3469787	80306	77086	23,14	95,99	13,25
1996	3564631	79929	76446	22,42	95,64	11,72
1997	3656519	78552	75053	21,48	95,55	14,11
1998	3747006	77573	73496	20,70	94,74	12,50
1999	3837674	79047	75565	20,60	95,60	11,70
2000	3925331	78178	75184	19,92	96,17	10,21
2001	4008265	76401	73017	19,06	95,57	10,82

(*) Tasas por 1.000
(1) Nuevas estimaciones y proyecciones de población INEC
(2) Porcentajes calculados sobre el total de nacimientos registrados en Costa Rica

FUENTE: INEC y Departamento de Estadísticas de los Servicios de Salud, CCSS

La reducción apuntada en las tasas de natalidad se aprecia muy bien en las tasas específicas de fecundidad del cuadro 4, en el que se ve que, después de un ligero aumento en las mujeres mayores de 29 años respecto a 1950-55, la fecundidad se ha venido reduciendo desde 1960-65 en todos los grupos de edad, especialmente en la edad fértil "ideal", entre los 20 y los 34 años, ya que en ese grupo, la fecundidad se redujo prácticamente a la mitad (estos son datos del INEC).

Cuadro Nº 4
Tasas de fecundidad por 100* según quinquenios iniciales de cada década y edad, Costa Rica, 1950-1995

Edad	1950 - 55	1960 - 65	1970 - 75	1980 - 85	1990 – 95
15 – 19	11,90	11,50	10,60	9,80	9,20
20 – 24	33,40	33,30	22,30	19,40	18,00
25 – 29	33,10	34,20	19,90	17,50	16,00
30 – 34	26,10	27,60	15,60	12,60	11,40
35 – 39	20,30	21,90	11,80	7,60	6,70
40 – 44	8,30	8,90	5,60	2,70	2,40
45 – 49	1,50	1,60	1,00	0,40	0,30

** Nacimientos registrados por cada 100 mujeres*
Fuentes: Instituto Nacional de Estadística y Censos y Dpto de Estadísticas de Servicios de Salud, CCSS

Aunque sigue siendo el conjunto que contribuye con el mayor número absoluto de nacimientos, esta fuerte reducción de la fecundidad del grupo de mujeres de 20 a 34 años, ha hecho que se reduzca su peso relativo dentro de la masa de los nacimientos registrados, con el consiguiente incremento del peso relativo de los nacimientos de madres menores de 20 años y de 35 años y más (cuadro 5), dando la falsa impresión de que la fecundidad de estos dos grupos ha aumentado, cuando según el cuadro 4 la fecundidad se redujo en todas las edades, y en las mayores de 34 años ha llegado a menos de la tercera parte en los últimos treinta años, lo cual es un evento deseable desde el punto de vista de salud.

Cuadro Nº 5
Partos y abortos (*) en hospitales y porcentaje por grupos de edad, CCSS, 1987, 1992, 1995 – 2001

Edad	1987	1992	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Total	**82.816**	**85.087**	**85.949**	**85.830**	**84.721**	**83.248**	**85.645**	**85.017**	**82.134**
Porcentaje	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**
10 - 14	0,48	0,63	0,79	0,74	0,79	0,79	0,86	0,93	0,80
15 - 19	16,25	15,94	17,75	18,28	18,81	19,30	19,72	20,31	19,69
20 - 24	31,42	27,96	27,21	27,19	27,39	27,71	28,26	28,54	29,44
25 - 29	25,33	25,84	24,66	24,22	23,39	23,46	22,89	22,50	22,41
30 - 34	15,85	17,44	17,59	17,49	17,43	16,89	16,37	15,95	15,97
35 - 44	10,37	11,97	11,73	11,84	11,88	11,60	11,69	11,54	11,47
45 - 49	0,28	0,23	0,27	0,24	0,30	0,25	0,22	0,23	0,21

**Embarazadas atendidas*
Fuente: Dpto de Estadísticas de los Servicios de Salud , CCSS

Dado que estos no son eventos aislados de la vida nacional, el incremento del parto en hospitales y el descenso de la mortalidad infantil, obviamente se manifiestan como una reducción de la mortalidad de las mujeres en edad fértil y un aumento importante en la esperanza de vida al nacer lo cual implica cambios en la pirámide de población.

En el análisis de las pirámides de población de los últimos tres censos (la del censo de 2000 aparece como gráfico #1, los gráficos #2 y 3 son de 1984 y 1973 respectivamente), sobresale el hecho de que la estructura por edad de la población de Costa Rica se ha deformado, el grupo de los menores de 5 años que había sido el grupo mayor en 1984 cedió su puesto al de 10 a 14 años, observándose, además un aumento en el de 75 años y más. En general, la pirámide de población de 2000 muestra un engrosamiento en la población económicamente activa, un envejecimiento general.

Gráfico 1
Costa Rica: porcentaje de habitantes por grupos de edad, según sexo. 2000

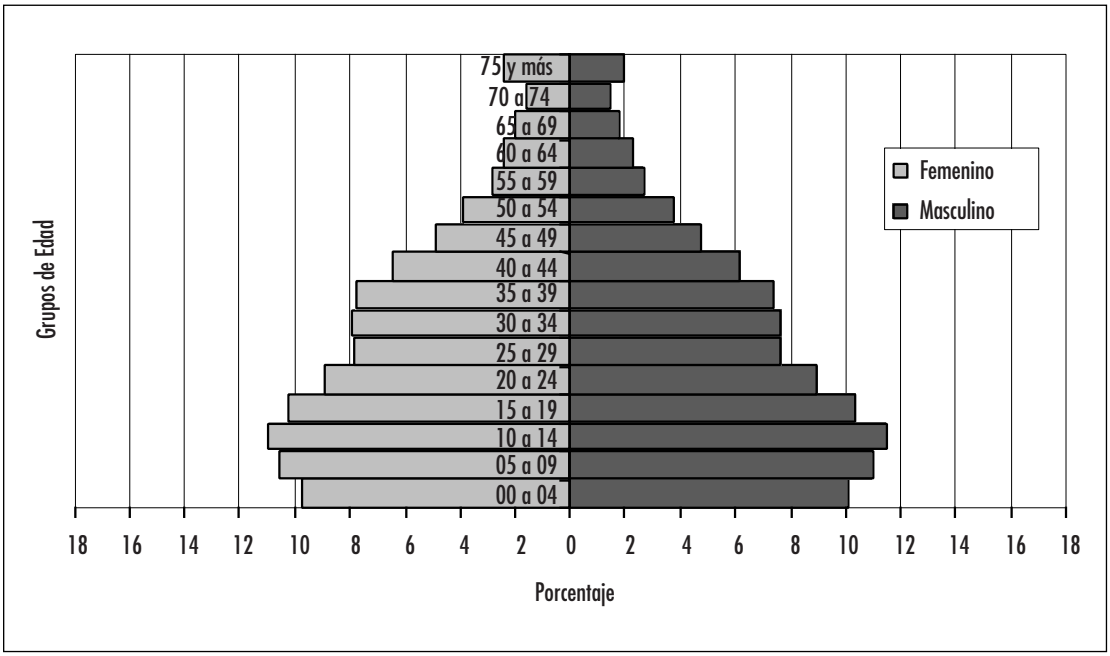


Gráfico 2
Costa Rica: porcentaje de habitantes por grupos de edad, según sexo. 1984

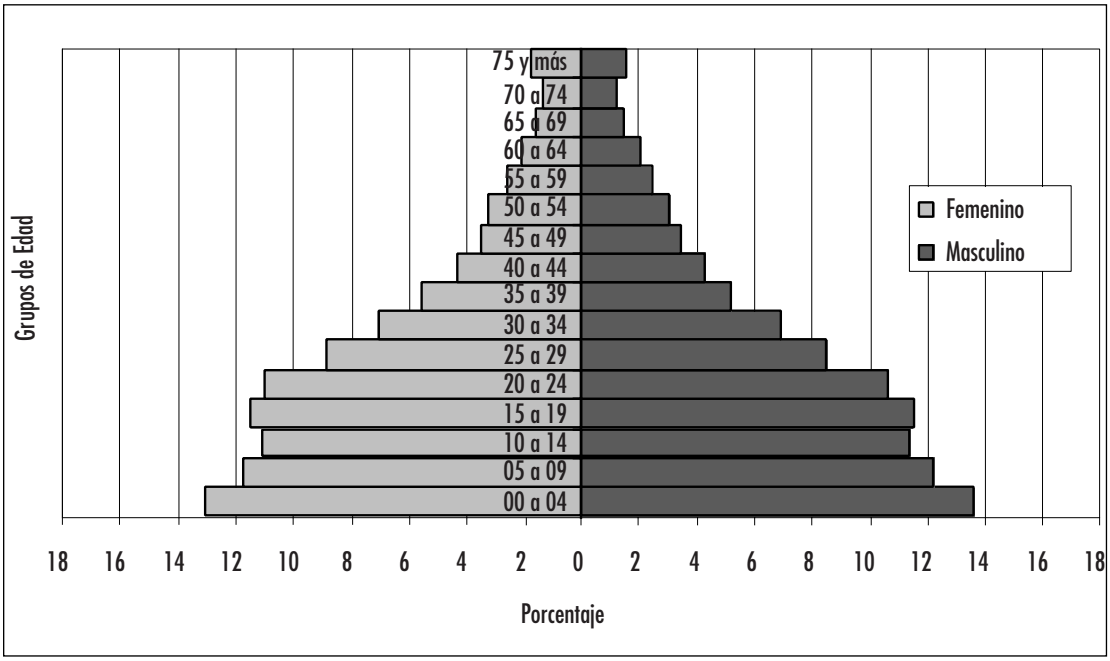
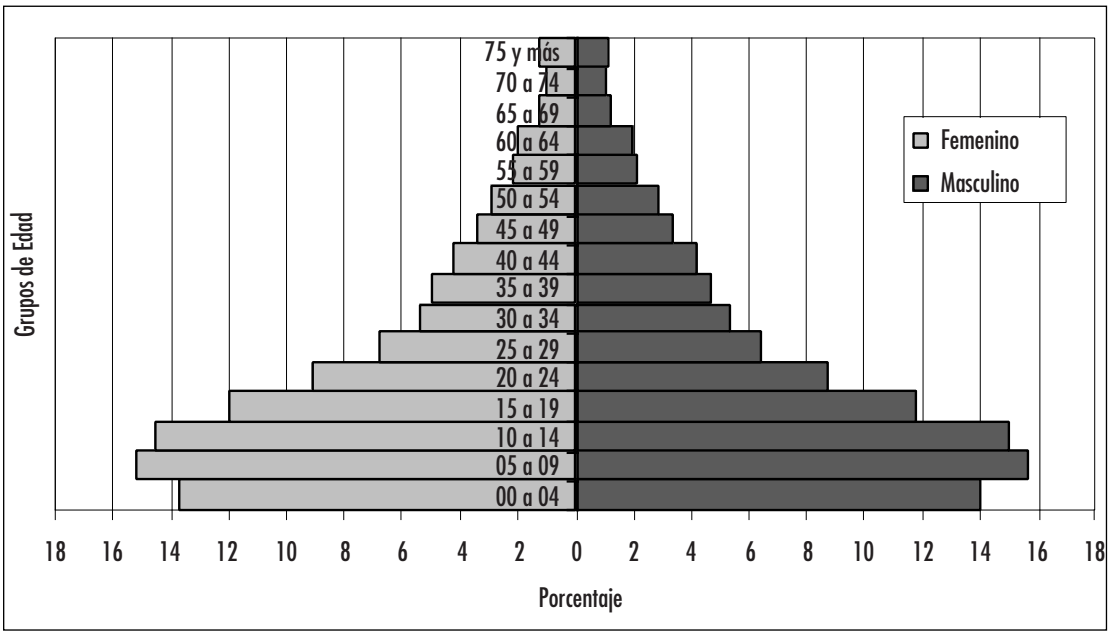


Gráfico 3
Costa Rica: porcentaje de habitantes por grupos de edad, según sexo 1973



Un subproducto muy valioso de estos esfuerzos, ha sido la disponibilidad de estadísticas nacionales más completas, veraces, oportunas y detalladas en el campo de la salud, con un apoyo muy grande de la OPS entre 1964 y 1990 mediante el programa de capacitación de Técnicos en Registros y Estadísticas de la Salud; este programa permitió dotar a la unidad especifica en cada clínica y en cada hospital con personal idóneo para estas tareas, las cuales constituyen la base y fundamento del sistema de información de la salud de Costa Rica, del cual se extrajeron los datos que se utilizan a continuación.

El número absoluto de parturientas atendidas en la CCSS aumentó de 60.463 en 1980, a 79.444 en 1989, pero la disminución de la natalidad ha sido tan fuerte que se ha reducido a 73.072 en 2001 en cifras absolutas. Dos factores que inciden a la salud de las madres y de los recién nacidos son los partos por cesárea, que se mantienen por encima del 20% desde hace varios años, así como las proporciones de bajo e insuficiente peso al nacer que no muestran un patrón de variación definido, se mantienen entre 6 y 7% el primero y alrededor del 21% el segundo. Mientras tanto el porcentaje global de parturientas con atención prenatal se mantuvo por debajo del 56% por muchos años; pero a partir de 1997 con la readecuación del modelo de atención de salud a las personas en la CCSS, ha ido aumentando paulatinamente hasta llegar a casi 88% en 2001 (cuadro 6).

Cuadro N° 6
Porcentajes de parturientas, con atención prenatal y con cesárea ; y de nacimientos con bajo e insuficiente peso al nacer, CCSS, 1980-2001

Año	Partos	Nacimientos	% parturientas		% peso al nacer	
			con atención Prenatal	con Cesáreas	bajo (Menos 2500)	Insuficiente (2500-2999)
1980	60.463	60.210	54,69	15,89	6,47	21,92
1981	64.659	61.991	57,48	15,43	6,40	21,96
1982	62.784	62.641	55,17	13,89	6,74	22,55
1983	64.504	64.034	52,85	14,11	7,07	23,13
1984	70.122	69.581	51,29	14,74	6,65	22,48
1985	78.056	77.546	53,24	15,16	6,56	21,89
1986	77.332	76.921	53,86	16,27	6,19	21,36
1987	74.929	74.470	51,77	18,00	6,20	21,12
1988	76.723	76.336	56,27	18,30	6,64	23,10
1989	79.444	79.201	53,34	19,28	6,44	22,51
1990	78.051	77.866	52,11	19,76	6,35	22,29
1991	76.234	75.976	54,78	19,66	6,55	22,74
1992	76.349	76.076	54,57	20,35	6,57	21,73
1993	76.413	76.097	53,53	20,89	6,72	22,59
1994	76.688	76.498	51,80	20,56	7,03	22,59
1995	77.361	77.064	56,37	20,66	6,75	21,98
1996	76.740	76.413	56,60	20,94	6,83	22,07
1997	75.409	75.053	62,73	20,97	6,98	22,19
1998	73.874	73.496	72,10	20,84	6,78	22,33
1999	75.977	75.565	78,46	21,68	6,62	21,95
2000	75.306	75.184	82,20	21,28	6,58	21,19
2001	73.072	73.017	87,85	22,18	6,87	21,20

FUENTE: Dpto de Estadísticas de Servicios de Salud, CCSS.

Esta proporción de embarazadas con atención prenatal se ha incrementado principalmente por el aumento del grupo con 1, con 6 (norma) y con 9 y más consultas (alto riesgo). La mayor parte de las embarazadas en 1987 fue atendida por médico, por obstétrica en segundo lugar y en tercero por medico y obstétrica; esta situación ha ido cambiando y en 2001 la mayor parte fue atendida por obstétrica, en segundo lugar por medico y en tercero por estudiante de medicina (cuadro 7).

Cuadro No.7
Partos y abortos hospitalarios *, porcentajes por profesional que atendió y por consultas prenatales, CCSS,1987,1992,1997-2001

Profesional que atendió	AÑOS DE OCURRENCIA						
	1987	1992	1997	1998	1999	2000	2001
TOTAL	**82.819**	**84.784**	**84.721**	**83.248**	**85.645**	**85.017**	**82.134**
Porcentaje	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**
Médico	50,91	48,03	42,09	40,37	40,14	41,60	40,36
Médico y obstétrica	5,59	4,96	3,62	3,48	3,73	4,81	5,94
Obstétrica	41,25	41,73	44,31	46,43	47,14	46,52	43,47
Enfermera	0,46	0,14	0,06	0,10	0,09	0,09	0,09
Estud. De Medicina	0,71	3,58	6,94	6,94	6,50	4,61	7,78
Aux de Enfermería	0,09	0,04	0,01	0,01	0,01	0,004	0,004
Estud. De Obstetricia	-	-	0,33	0,24	0,06	0,02	0,05
Extrahospitalario	0,99	1,52	1,78	1,40	1,40	1,32	1,28
Desconocido (1)	-	0,004	0,87	1,02	0,93	1,03	1,03
Cons. prenatales	**82.819**	**84.784**	**84.721**	**83.248**	**85.645**	**85.017**	**82.134**
Porcentaje	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**
0	48,23	49,80	44,16	36,02	30,40	27,19	21,84
1	2,44	5,52	7,64	9,35	11,69	12,65	15,45
2	4,37	5,66	3,47	3,53	3,46	3,60	3,90
3	5,42	4,40	4,83	4,90	5,02	4,80	4,47
4	7,38	5,58	6,77	7,30	6,48	7,03	6,25
5	7,54	5,95	6,70	6,97	8,18	8,30	7,60
6	8,17	9,63	9,49	10,31	10,70	11,21	10,87
7	5,98	5,10	6,42	7,65	8,43	8,85	9,48
8	5,36	4,96	5,09	6,50	7,21	7,31	8,49
9 y más	5,10	3,41	5,41	7,47	8,43	9,08	11,65

** Embarazadas atendidas*
(1) Incluye embarazos molares, anembriónicos.
Fuente: Dpto de Estadísticas de los Servicios de Salud , CCSS

Es conocido que tanto el sexo como la edad de las personas influyen en el uso que hacen de estos servicios, por lo tanto, si la población esta bien cubierta, se espera que haya mayor demanda en la primera edad (menores de 5 años), se reduzca en la juventud y aumente con la edad hasta sobrepasar a la primera al llegar a la tercera edad (65 años y más). Este patrón debe ser diferente para las mujeres, que deben tener mayor acceso durante la edad fértil. Dos de los gráficos del estudio sobre Consumo de servicios de salud de la CCSS según sexo y edad, 2000 permiten comprobar que este es el caso de Costa Rica: Las diferencias a

favor de las mujeres en las consultas por 10 habitantes y en los egresos hospitalarios por 100 habitantes, son mayores a partir de los 15 años (gráfico 4), esta diferencia esta mejor marcada en las hospitalizaciones sobretodo cuando se agregan las causas obstétricas (gráfico 5). Además, los menores de 5 años tienen un mayor consumo de servicios de salud que los grupos entre 5 y 64 años de edad en ambos sexos.

Gráfico 4
Costa Rica, CCSS: Consultas de medicina general y de especialidades por 10 habitantes, según grupos de edad y sexo. 2000

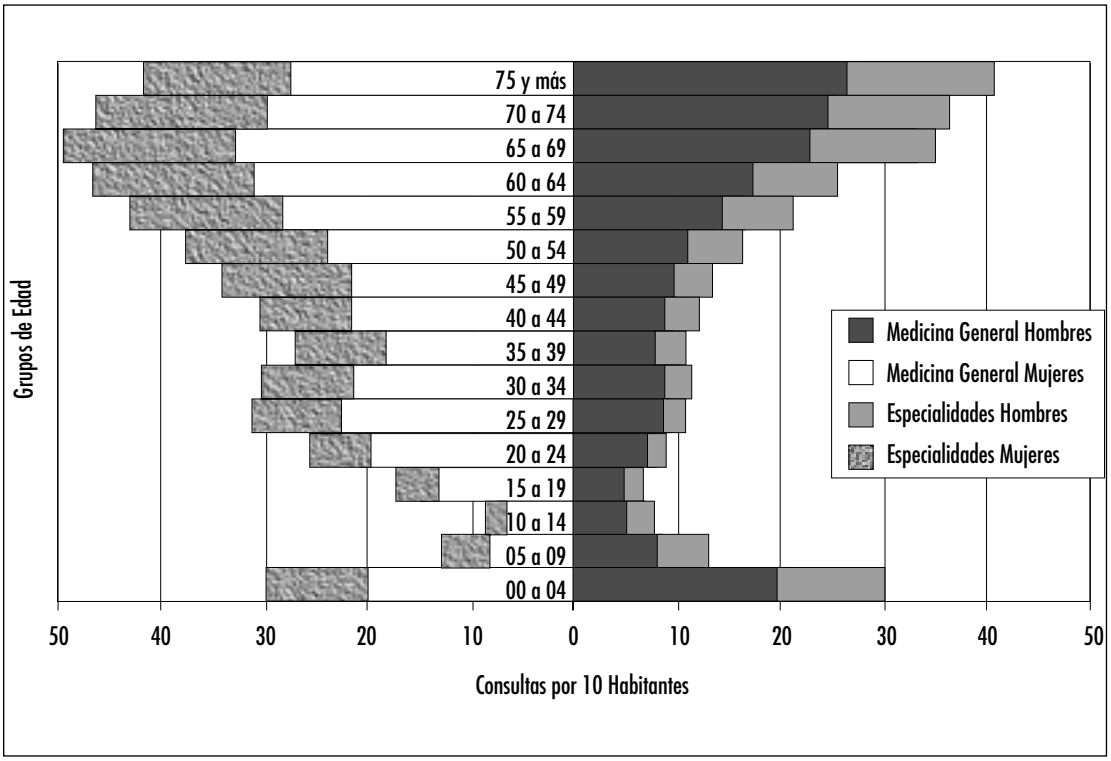
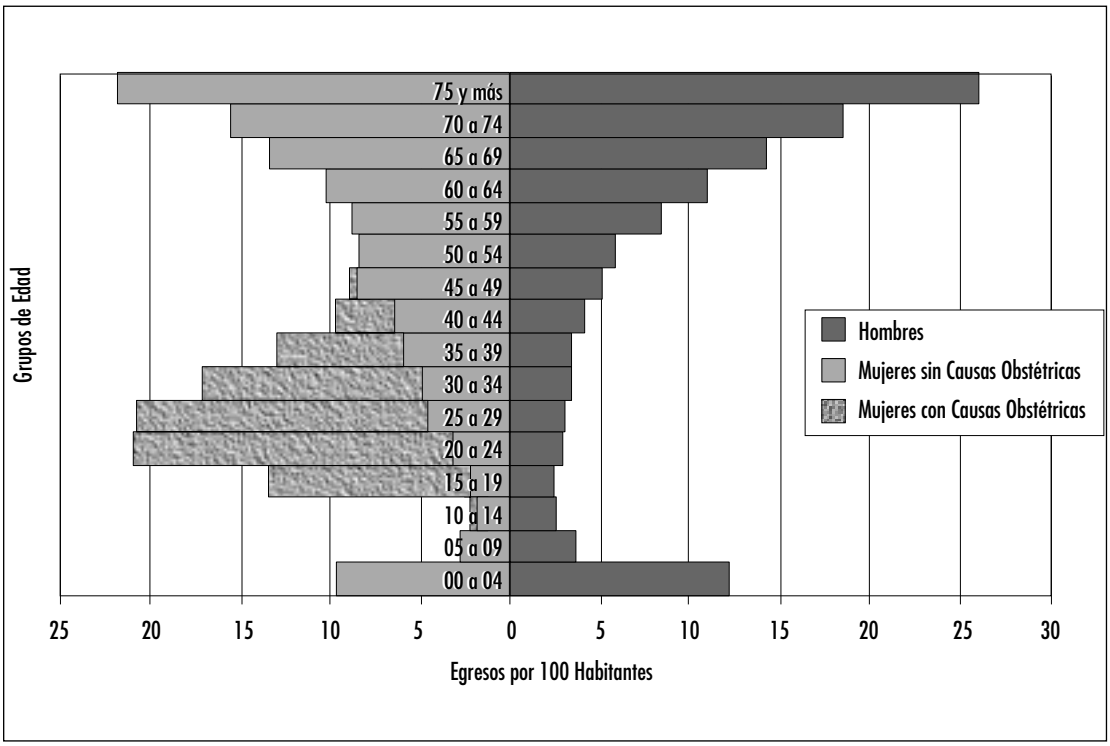


Gráfico 5
Costa Rica, CCSS: egresos hospitalarios por 100 habitantes, según grupos de edad y sexo. 2000



Además, los datos presentados son congruentes con los hallazgos del estudio "Algunas Características de la atención de Salud de los menores de un año y de sus madres, 1988-1998 del Departamento de Información Estadística de los Servicios de Salud de la CCSS" en el cual se señala que si se enfocan en el capítulo de embarazo, parto y puerperio, los datos sobre mortalidad y morbilidad muestran que la mortalidad específica de las mujeres de 15 a 44 años es muy baja y se ha reducido en buena parte a expensas de la reducción de las complicaciones del embarazo y del aborto como causa de muerte.

En ese mismo estudio hay otros datos que muestran que los controles de salud sin hallazgo patológico son la primera causa de consulta de estas mujeres y entre ellos se ve claramente un aumento en los controles prenatales y del postparto, en los exámenes ginecológicos y en salud reproductiva; además, se muestra que, si en 1987 las más jóvenes consultaban menos por controles que las de 20 a 44 años, diez años más tarde la situación se había invertido. Este es sin duda uno de los factores que ha influido en la reducción de las complicaciones del embarazo como causa de muerte femenina y en la reducción de la mortalidad infantil descrita.

Datos de ese mismo estudio permiten ver como el desarrollo social y económico del país ha influido en la reducción de la mortalidad infantil, siendo sus causas principales las enfermedades infecciosas y parasitarias, del sistema respiratorio y de las afecciones perinatales. El único aumento registrado es en las malformaciones congénitas, que podría atribuirse a mejoramiento de la atención médica y de las técnicas de diagnóstico, lo que explica en parte la gran reducción de las causas indefinidas de muerte, que se ha producido también como resultado del mejoramiento del sistema de información. Además, se visualiza claramente como ha ido aumentando la proporción de las defunciones infantiles en el hospital, lo cual es un indicador de acceso a los servicios y de cambio en la estructura interna de las causas de muerte; agregando que la distribución de las defunciones infantiles por grupo detallado de edad, muestra que el mayor número absoluto esta ocurriendo en los primeros siete días de vida (neonatal precoz), o sea que, al mejorar las condiciones ambientales, el máximo componente de la mortalidad infantil en Costa Rica es la mortalidad neonatal precoz, la cual es más difícil de reducir porque depende mucho de la atención prenatal y de la tecnología disponible en los servicios de atención de la salud para la atención del parto.

El Plan de Atención a la Salud de las Personas de la CCSS toma en cuenta estos hechos y entre las intervenciones prioritarias incluye la "Atención integral a las mujeres en riesgo de embarazo, a las embarazadas y a los recién nacidos" que se define como la prevención de embarazos no deseados, detección de riesgo previo a la concepción, captación temprana de los embarazos, clasificación de riesgo, control prenatal en el nivel requerido y atención del parto y puerperio, así como del recién nacido. El objetivo de la intervención es la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad materna e infantil con metas a lograr entre los años 2003 al 2006.

Desafíos y conclusiones

La gran diferencia entre Costa Rica y otros países de la región es la cobertura universal de los servicios de salud por la CCSS, que hace que estos estén mejor financiados y, por lo tanto, mejor equipados y con mejor información estadística sobre morbilidad y mortalidad. Los datos presentados muestran que los servicios de atención a la madre y el recién nacido están influyendo positivamente en el comportamiento de los indicadores de salud.

Sin embargo, con un descenso tan grande en la fecundidad de las mujeres en "edad fértil ideal" como el registrado en Costa Rica, las conclusiones respecto a las variaciones en la frecuencia del embarazo en los grupos de edad no pueden atribuirse sólo a los servicios de salud, y además, serán diferentes si se toman como base las tasas de fecundidad que es la verdadera frecuencia (reducción a todas las edades) o las proporciones de nacimientos por edad de la madre (aumento ficticio en las más jóvenes y las de mayor edad).

El aumento en los controles prenatales y del postparto, de los exámenes ginecológicos y de las consultas en salud reproductiva en todas las mujeres de 15 a 44 años y especialmente en el grupo más joven, es sin duda uno de los factores que ha influido en la reducción de

las complicaciones del embarazo como causa de muerte femenina y en la reducción de la mortalidad infantil y en la fecundidad descritas.

Estas acciones deben mantenerse sin lugar a dudas; conviene considerar eso si, estudios que permitan determinar grupos de población que podrían estar descubiertos y que los indicadores nacionales disimulan, sobre todo tomando en cuenta que en los servicios de salud el fenómeno actual se manifiesta como una reducción de la demanda de atención del parto y del recién nacido, con la consiguiente desocupación de los recursos destinados a ese fin.

El hecho de que el mayor número absoluto de muertes infantiles esta ocurriendo en los primeros siete días de vida (neonatal precoz), significa que, al mejorar las condiciones ambientales, el máximo componente de la mortalidad infantil en Costa Rica es la mortalidad neonatal precoz, la cual es más difícil de reducir porque depende mucho de la atención prenatal y de la tecnología disponible en los servicios de atención de la salud para la atención del parto. El plan nacional de atención de salud a las personas toma esto en cuenta. Además, dado el patrón de consumo por sexo y edad, los servicios de salud deben irse adaptando a los efectos del aumento de la esperanza de vida y al cambio experimentado por la pirámide de población.

Obviamente, Costa Rica se ve obligada a seguir manteniendo la salud de los niños y de sus madres, y a la vez, a destinar cada vez más recursos para la atención de los efectos del envejecimiento. Por lo tanto, para un desarrollo sostenible debe lograr que su población económicamente activa actual adquiera una alta conciencia sobre la obligación que tienen todos de cuidar de su salud.

Sin embargo, debería estudiarse con detenimiento el efecto que la reducción de la fecundidad va tener en la población económicamente activa del país, antes de proponerse mayor estimulo a los factores que han influido para que así sea; no sea que el país sufra a largo plazo de los efectos de una población envejecida que sufren actualmente algunas regiones del mundo, con escasa fuerza de trabajo.

Bibliografía

Algunas características de la atención de salud de los menores de un año y sus madres, 1988-1998, Departamento de Información Estadística de los Servicios de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Julio 2000.

Consumo de servicios de salud de la CCSS según sexo y edad. Memoria de la VIII Jornada de Análisis Estadístico, Escuela de Estadística, Universidad de Costa Rica, Septiembre 2002.

Estadísticas Generales de los Servicios de Atención de la Salud, 1980-2000, Departamento de Información Estadística de los Servicios de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Serie Estadísticas de la Salud #5G, Mayo 2001.

Plan de atención de la salud de las personas, 2001-2006, Caja Costarricense de Seguro Social.

Capítulo 5. El control y prevención de enfermedades transmisibles

*Dr. Lenín Sáenz**

En las primeras cuatro décadas del siglo XX, la mortalidad por enfermedades transmisibles fue el principal problema de salud, con tasas muy elevadas, irregulares y de lento descenso. Entre 1940 y 1970 se inició una disminución significativa de esa mortalidad, en especial de la relacionada con la sanidad ambiental y el uso de nuevas drogas. En la década de los 70, la disponibilidad de más y mejor información sobre morbilidad, muestra la declinación espectacular las enfermedades transmisibles, que cedieron los primeros lugares como causa de muerte a padecimientos característicos de la edad adulta y la vejez, con lo que culminó un proceso de transición epidemiológica. En las dos últimas décadas del siglo, la drástica disminución de la mejoría alcanzada representó en muchos casos casi un estancamiento de ella, volvieron a cobrar importancia algunas enfermedades agudas transmisibles y se inició un rebrote de otras que se suponía desterradas del territorio nacional

A pesar de que Costa Rica cuenta con estadísticas de nacimientos y defunciones que tradicionalmente han tenido la reputación de ser de integridad aceptable, cuando se trata de analizar la evolución de la situación de salud en el transcurso del siglo XX, se tropieza -en particular en las décadas iniciales- con cambios de nomenclatura y restricciones de información que dificultan la posibilidad de construir indicadores con permanencia suficiente durante un lapso prolongado,[1] que reúnan todos los requisitos que debe tener un buen indicador (validez, objetividad, sensibilidad y especificidad).

Esas restricciones cobran especial importancia cuando el análisis deseado es el de la evolución del perfil epidemiológico, porque las deficiencias de la información disponible impiden cuantificar con exactitud las causas de la morbilidad, y obligan a limitarse al análisis de datos sobre la mortalidad. Esto sucede, por ejemplo, en las primeras décadas, cuando se quiere estudiar el comportamiento de las enfermedades transmisibles, porque resulta muy difícil identificar la verdadera etiología de algunas de ellas, como ocurre cuando se registra como

** Ex director de Planificación del Ministerio de Salud*

1 Dirección General de estadística y Censos. Anuarios estadísticos. Dirección General de estadística y Censos, sección de Publicaciones, San José, Costa Rica, 1920-1940.

causa de muerte simplemente "fiebre" o "convulsiones de los niños", que en 1920 llegaron a constituir el 12,6% del total de tales causas. Sin embargo, para obviar este inconveniente y realizar el análisis deseado, se puede identificar y agrupar algunas enfermedades que podrían causar defunciones con esas características en ese lapso.

En las cuatro décadas iniciales del siglo XX, la mortalidad por enfermedades transmisibles se manifestó como el principal problema de salud. El comportamiento de sus tasas se caracterizó por su irregularidad y su magnitud (fluctuaron entre 61,3 y 186,1 por 100.000 habitantes), así como por la lentitud de su descenso, ya que, en el transcurso de ese lapso, sólo alcanzaron en promedio una reducción anual de 0,6 por ciento.[2]

Como cabría esperar en un país con las condiciones ambientales, económicas, políticas y sociales que caracterizaban a Costa Rica en esas décadas, y con lo poco que se hizo en materia preventiva hasta finales del siglo XIX, la proporción que representaron estas enfermedades en el total de defunciones fue tan elevada que llegaron a constituir el 65 por ciento de ellas en 1920, y se mantuvieron alrededor del 50 por ciento hasta 1940. Dada esa elevada proporción en el total de defunciones y la frecuencia con que generalmente afectan a los niños con edad inferior a los 5 años, no es de extrañar su concordancia con la mortalidad proporcional de menores de 5 años, que entre 1910 y 1940 también se mantuvo en alrededor del 50 por ciento. Cabe recordar que, tradicionalmente se ha considerado que este último indicador refleja el estado nutricional y la capacidad de respuesta de una población ante la agresión del medio, determinada por sus condiciones de defensa y por las características sanitarias del ambiente. Entre las causas de muerte de este período, se destacaron las enfermedades diarreicas, la malaria y el parasitismo intestinal, manteniendo, además, un papel importante, la tuberculosis respiratoria.[3]

Entre 1940 y 1970 se inició un descenso importante de la mortalidad (más acentuado en la general que en la infantil) y una disminución significativa de la causada por enfermedades transmisibles, (la absoluta y la proporcional), cuyo promedio de reducción anual aumentó a 2,5 por ciento.[4] Aunque toda la mortalidad atribuible a microorganismos o a parásitos experimentó, sin excepción, un considerable descenso durante todo este período, se destacó, en especial, el debido a la causada por diarreas, parasitosis y malaria. Se puede afirmar, sin temor a equivocarse, que no menos del 40 por ciento de este descenso se debió al control de enfermedades relacionadas con la sanidad ambiental (las mencionadas) y que por lo menos otro 20% (el atribuible a influenza, neumonía, bronquitis y tuberculosis respiratoria) se debió al uso de nuevas drogas eficaces para su tratamiento.[5] No se puede ignorar la contribución a la obtención de estos logros que debieron haber aportado la creación y la expan-

---

2 Marrangello, Leonardo. Sarampión en Costa Rica. Evolución en el siglo XX. Revista Costarricense de Salud Pública. Año 3, No 5, San José, Costa Rica, julio 1994, P3.

3 Marrangello, Leonardo. Sarampión en Costa Rica. Evolución en el siglo XX, Pp. 4-5

4 Ministerio de salud, CCSS, Ministerio de Planificación y Política Económica, ICAA,INS,UCR,OPS/OMS. Situación de salud en Costa Rica. Segunda parte. Reunión de análisis de la cooperación técnica de OPS/OMS a Costa Rica, San José, Costa Rica, marzo de 1987. P. 221.

5 Ministerio de Salud, Informe anual 1995, P. 20. - Memoria anual 1998, P. 19

sión inicial de la Caja Costarricense de Seguro Social, la ampliación de la cobertura de la atención médica, una importante disminución del analfabetismo y el inicio de programas nutricionales que, como es sabido, aumentan la resistencia del huésped y reducen la letalidad de la infección.

En la década de los 70 llama la atención la gran aceleración del descenso de la mortalidad, que en gran parte se debió a una sustancial disminución de la proporcional de menores de 5 años y a una declinación espectacular, absoluta y proporcional, de la causada por enfermedades transmisibles, cuya tasa, que fue de 136,2 por diez mil en 1970, descendió a 2,1 por diez mil en 1979, lo que representó una reducción del 98%. Aunque esa reducción fue significativa en todos los grupos de edad, fue especialmente notoria en el primer año de vida,[6] en el que las enfermedades transmisibles habían llegado a constituir, en 1970, el 55% del total de muertes de este grupo de edad, con predominio de las causadas por algunas especialmente importantes, como las diarreicas, la septicemia, el tétanos, la tuberculosis y la ascaridiasis. En ese mismo año, las enfermedades transmisibles llegaron a causar el 80% de las muertes de los menores de cinco años. Estas proporciones se redujeron en 1980 al 11% en la mortalidad infantil y al 17% en la de uno a cuatro años. En general, en esta década, las enfermedades infecciosas y parasitarias pasaron del primero al octavo lugar como causa de muerte, con una reducción de su tasa a casi su décima parte (de 13,6 a 1,5 por diez mil habitantes), y de su participación en el total de muertes, disminuyó del 20,5 por ciento a 4% del total.[7] Con este descenso, cedieron los primeros lugares a padecimientos característicos de la edad adulta y la vejez, pasando a ser ocupados los dos primeros por las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores, y el tercero por causas accidentales o violentas, que en conjunto constituyeron el 58% de las cusas de muerte.

Por comparación con el proceso de transición demográfica, que conduce a una modificación sustancial de la estructura de edades de la población, se puede considerar la existencia de uno similar de transición epidemiológica, que conduce a una modificación sustancial de la estructura de la mortalidad y la morbilidad de la población. De esta manera, el análisis de los cambios descritos, permite afirmar que en Costa Rica el proceso de transición epidemiológica, iniciado con lentitud desde los años 40, culminó en este decenio con una aceleración espectacular.

La mejoría alcanzada a partir de este período en la notificación y en los registros estadísticos, permite disponer de mayor y mejor información sobre morbilidad, e incorporarla en un análisis que refleja mejor la realidad epidemiológica. En ella se destacan las enfermedades en cuya prevención actúan de manera efectiva la inmunización y el saneamiento ambiental, que emplean técnicas de bajo costo y facilitan el acceso a la población afectada y que fueron especialmente útiles en la década de los 70 para lograr el cumplimiento de las políticas de entonces, con resultados satisfactorios

---

6 Ministerio de Salud, Informe anual 1995, P. 21. - Memoria anual 99, P. 17

7 Ministerio de Salud, Informe anual 1995. Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1995, P. 18.

Entre los logros obtenidos en el combate a las enfermedades prevenibles por vacunación en la década de los 70, se destacan la erradicación de la difteria y la poliomielitis (en 1973 y 1975, respectivamente) y la reducción dramática (alrededor del 80%) del tétanos y la tos ferina. Al destacar la importancia de la erradicación de la poliomielitis, es útil recordar que, entre 1936 y 1972, había sido responsable de once epidemias que dejaron una gran cantidad de casos con secuelas permanentes, y que las últimas de esas epidemias habían generado un amplio movimiento de opinión que culminó con la creación del Hospital Nacional de Niños. Además, cabe señalar que en Costa Rica se erradicó esta enfermedad 21 años antes de que se eliminara en el resto de América.

Por su parte, el sarampión, que hasta la primera campaña masiva de vacunación antisarampionosa en 1967, había sido endémico con brotes epidémicos cada tres años, disminuyó desde 1973 hasta el punto de que se pensó que se había logrado su erradicación, pero entre 1979 y 1980 se presentó una nueva epidemia que no llegó a tener proporciones tan intensas como las de la época de pre-vacunación.[8]

Entre las enfermedades prevenibles por saneamiento ambiental básico, las entéricas, que hasta 1970 habían constituido uno de los más grandes problemas de salud pública en el país y una de las causas más importantes de hospitalización, se redujeron de tal manera que después de haber ocupado el primer lugar como causa de muerte (10,5% del total de defunciones en 1970), pasaron a ocupar el décimo lugar, constituyendo apenas el 1,8%.[9] La paratifoidea, la salmonelosis, la disentería amibiana y la disentería sin etiología específica redujeron sus tasas de morbilidad entre un 80 y u 93% de 1970 a 1979. El impacto sobre la tifoidea fue menor (se redujo en un 26%), y poco sobre la hepatitis viral, que más bien se incrementó.

Entre las enfermedades transmitidas por vectores, el éxito alcanzado en la lucha contra la malaria al inicio de los años 70 había llevado a creer en la posibilidad de erradicarla, pero factores ajenos a los esfuerzos realizados, como el desarrollo de resistencia por los vectores a los insecticidas usados para su eliminación, restringieron su reducción a un 32% entre el inicio y el final de la década.

En este decenio, sin embargo, hubo un rubro en el que los resultados no fueron tan exitosos, a diferencia de la reducción de las enfermedades prevenibles por vacunación y por saneamiento ambiental básico, las de transmisión sexual aumentaron entre 1970 y 1979, 64% la sífilis, 145% la blenorragia y 352% el chancro blando.

Los logros obtenidos en esta década permitieron una disminución sustancial de la mortalidad de todos los grupos de edad, con el correspondiente aumento de la esperanza de vida al nacer e hicieron posible alcanzar antes de 1980 las metas propuestas para el año 2000. Al revisarlos, resulta imprescindible recordar la importancia que se dio en el desarrollo de los

8 Ministerio de Salud, Memoria anual 1987. P. 9

9 Ministerio de Salud, Memoria anual 1987. Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1987, P. 9

programas a la vacunación, al abastecimiento de agua potable, a la disposición sanitaria de excretas, al mejoramiento de la situación nutricional y a la educación para la salud, así como el gran esfuerzo que se hizo para extender la cobertura de esos programas para que llegaran a los propios domicilios de la población de las áreas más lejanas del país, que tradicionalmente se había mantenido marginada de esa atención. Además, también es necesario recordar que coincidieron con el desarrollo de un conjunto de políticas que condujeron a una significativa concentración de los recursos disponibles en los grupos de población más desprotegidos y con mayores probabilidades de ser afectados por la patología prevalerte y, en los problemas de salud más vulnerables. Además, no se debe olvidar el gran papel que jugó en la obtención de esos resultados el significativo incremento de la participación del gasto en salud en el PIB que permitió la situación económica del país.

En las dos últimas décadas del siglo, en contraposición con lo ocurrido en el decenio anterior, se produjo una drástica disminución de la mejoría alcanzada, que fue tanto más intensa cuanto menor era la edad del grupo de población afectado, y que en muchos casos representó casi un estancamiento de dicha mejoría.[10] En el campo de las enfermedades transmisibles, a diferencia de lo ocurrido hasta la década de los 70, la falta de grandes cambios en la mortalidad y la mayor disponibilidad de información sobre la morbilidad, conducen a centrar el análisis de este período en la segunda.

Desde finales de la década de los 80, han vuelto a cobrar importancia algunas enfermedades transmisibles, entre las que se destacan las respiratorias agudas, las diarreicas y la tuberculosis en todas sus formas, así como algunas otras que representan daños específicos de la salud.

En 1995, las enfermedades de denuncia obligatoria con mayor incidencia fueron las virosis agudas de las vías respiratorias, que después de haber descendido hasta una tasa de 10,7 por mil habitantes, en 1987, [11] incrementaron para llegar a 64,1 en 1993 y 247,3 por mil en 1999. Lo mismo sucedió con la diarrea, cuya tasa fue de 7,99 en 1987 y de 36,3 por mil habitantes en 1999. [12] Llama la atención la concentración de esta última en las zonas fronterizas donde la tasa es mayor al promedio nacional, tanto absoluta como proporcional.

Aunque las tasas de tuberculosis bacteriológicamente confirmada son relativamente bajas (10,6 por 100.000 habitantes en 1993) preocupa el control de esta enfermedad porque la reducción de su morbilidad ha sido lenta en los últimos 20 años, y prácticamente se duplicó entre 1995 y 1999 (pasó de 7,8 a 17,5 por mil).[13]

Las enfermedades prevenibles por vacunación en general han evolucionado satisfactoriamente en los últimos años. Algunas de ellas han sido erradicadas, como la viruela, desde

10 Ministerio de Salud, Memoria anual 99, P. 17
11 Ministerio de Salud, Memoria anual 99, P. 21
12 Ministerio de Salud, Memoria anual 99. Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1987,P. 17
13 Ministerio de Salud, Op. cit. P 17.

1949; la fiebre amarilla, desde 1954, la poliomielitis, desde 1974; y la difteria, desde 1976. Con la vacunación contra el tétanos a las mujeres en edad fértil, no se han vuelto a presentar defunciones por tétanos neonatal desde 1989. La tos ferina descendió, de 883 casos en 1980, a 75 en 1990 y a 11 en 1999. La rubéola, que en 1987 había presentado un brote epidémico con 1105 casos, en 1995 ya había descendido a sólo 103 casos, pero en 1999 se presentó un nuevo brote epidémico con 1505 casos.[14-15]

La excepción a esta evolución satisfactoria la constituye el sarampión. Aunque de 1981 a 1985 no se registraron muertes por esta causa, en 1986 se inició una nueva epidemia, que duró hasta 1988, causando 8.815 casos y 16 defunciones. Otra nueva epidemia introducida desde Nicaragua, se inició en 1990 y se extendió en 1991, inicialmente a la región Atlántica y luego al resto del país, causando 9.396 casos de noviembre de 1990 a diciembre de 1993, con un saldo de 58 muertos.[16] En 1994 se registraron 101 casos y desde entonces se presentan pocos casos anuales sin ninguna defunción.

El rebrote de enfermedades transmisibles que se suponía desterradas del territorio nacional ha sido un elemento característico desde la década de los 90.[17] Entre estos daños se destaca la malaria, cuya extensión se había logrado interrumpir en gran parte del territorio nacional, para pasar a una fase de consolidación en muchas áreas, gracias al Programa Nacional de Erradicación de esta enfermedad, iniciado en 1957, que utilizó como medida principal el rociamiento con DDT. En la década de los 70, la situación se había mantenido estable, con pequeñas variaciones en el número de casos, hasta 1982. Sin embargo, en 1986 se inició un incremento alarmante del número de positivos (790 casos, la mayoría por P. vivax) [18], al que contribuyeron dos movimientos migratorios: uno en los años 70, de trabajadores de las temporadas de corta de la caña y de la cosecha de algodón, que aportó más del 50% de los casos en el país, y el segundo, constituido por refugiados e indocumentados de países vecinos, cuya condición marginal a la ley dificultó su control. Aunque inicialmente la enfermedad se concentró en la frontera norte y la costa atlántica, posteriormente se extendió al resto del país, y su control se dificultó por la aparición de la resistencia de los vectores a los insecticidas usados para combatirlos y por el incremento, a raíz de la crisis, de los costos de los bienes y servicios empleados para ese fin. El incremento de casos llevó su número a 1.142 en 1990 y a 6.951 en 1992, que fue cuando se produjo la mayor cantidad de los últimos cuarenta años.[19] Desde entonces, la malaria continuó siendo un problema de salud pública mostrando importantes fluctuaciones hasta llegar a 3.998 casos en 1999.[20]

---

14 Proyecto Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: sexto informe, 1999. San José, Costa Rica, 2000, P. 96.

15 Rosero, Luis. Las políticas socio-económicas y su efecto en el descenso de la mortalidad costarricense. Mortalidad y fecundidad en Costa Rica. Asociación Demográfica Costarricense, San José, Costa Rica, 1984, Pp. 43-44.

16 Sáenz, Lenín Logros de una política e impacto de una crisis en la salud de un país. Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica. 1986, P. 4 y gráfico No 7.

17 Sáenz, Lenín Logros de una política e impacto de una crisis en la salud de un país. P.5 y cuadros No 7 y No 8.

18 Sáenz, Lenín Logros de una política e impacto de una crisis en la salud de un país. P 7.

19 Sáenz, Lenín Salud en Costa Rica. Evaluación de la situación en la década de los años 70. Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica. 1981, Pp. 77-78.

20 Sáenz, Lenín. Salud sin riqueza. El caso de Costa Rica, P5 y cuadro No 9.

El dengue es otra enfermedad transmisible que se suponía desterrada del territorio nacional. La campaña de erradicación de su transmisor, el Aedes aegypti, se remonta a los años cuarenta. Desde 1960, el territorio nacional fue declarado libre de este vector y desde 1971 se estableció un sistema de vigilancia permanente para buscarlo en localidades en que se hubiese presentado en alguna época, lo que permitió detectarlo y eliminarlo en varias ocasiones: en ese año, en 1973 y en 1977. Sin embargo, la inexistencia de casos de Dengue desde mediados del siglo XX y el desplazamiento de recursos de este sistema de vigilancia hacia el de control de la malaria debilitaron esa campaña y, a finales de 1993, se presentaron los primeros casos de esta enfermedad en la costa pacífica, que en 1994 ascendieron a 13.929. La epidemia, que inicialmente se localizó en las regiones Pacífico Central y Chorotega, posteriormente se extendió a la Huetar Atlántica. Desde entonces, este problema de salud pública persistió en el país, con fluctuaciones en el número de casos, que lo llevó a 14.279 en 1997 y a 6.040 en 1999.

El cólera, ausente de Costa Rica desde la epidemia de mediados del siglo XIX, reapareció en 1992, con 12 casos, que aumentaron en los años siguientes hasta llegar a 36 en 1996, para reducirse a dos en 1997 y luego desaparecer, [21] sin que se llegaran a producir defunciones. La mayoría de los casos fueron importados y en su control jugaron un rol importante la educación para la salud, la disponibilidad de agua potable y sobre todo, una efectiva vigilancia epidemiológica, en la que se investigó al 100% de los casos y facilitó la aplicación de las medidas necesarias para su prevención y tratamiento.

Una enfermedad desconocida en Costa Rica hasta las dos últimas décadas del siglo fue el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), cuyo primer caso se presentó en 1981, en un joven hemofílico. Hasta 1985 se habían presentado 14 casos, la mayoría en pacientes hemofílicos. En 1986 se detectaron los primeros casos en homosexuales y bisexuales, y en 1988 se presentó también en heterosexuales, en usuarios de drogas intravenosas y en niños que adquirieron la enfermedad de su madre en el período perinatal. El aumento progresivo de casos llevó a un total acumulado hasta 1997 de 1.317. La tendencia rápidamente ascendente del número anual de casos se mantuvo hasta 1995, en que se produjeron 200, para luego iniciar una lenta disminución hasta llegar a 93 en 1999.[22]

En la vigilancia de las enfermedades de transmisión sexual la demanda se incrementó por el deterioro de las condiciones sociales de la población, que incidió en un aumento de la prostitución y la drogadicción, así como en el de la población indocumentada, de la marginal y de trabajadores no asegurados. En 1995 se registraron 2.305 casos de gonorrea, 1.502 de sífilis, 1.086 de uretritis no gonocóccica, 257 de chancro blando y 6 de linfogranuloma

21 Sáenz, Lenín. Salud sin riqueza. El caso de Costa Rica. Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica. 1986, P. 1

22 Sáenz, Lenín. Salud sin riqueza. El caso de Costa Rica. Publicaciones e impresos del Ministerio de Salud, San José, Costa Rica. 1986, Pp. 4 y cuadro No 8.

venéreo. Sin embargo, en 1999 los casos de gonorrea se redujeron a 1.945, los de sífilis a 905, los de uretritis no gonocóccica a 471, los de chancro blando a 84 y los de linfogranuloma venéreo a 3.

Conclusiones

La mortalidad por enfermedades transmisibles constituyó el principal problema de salud en las primeras cuatro décadas del siglo XX. El inicio de su disminución, entre 1940 y 1970, se obtuvo con el desarrollo de la acción social del Estado, que condujo a una importante disminución del analfabetismo, a la creación y la expansión inicial de la Caja Costarricense de Seguro Social, a la ampliación de la cobertura de la atención médica, y el comienzo de los programas nutricionales, y permitió el incremento de las actividades de saneamiento ambiental y el uso de nuevos insecticidas y medicamentos.

En la década de los 70, la situación económica del país permitió el incremento significativo de la participación del gasto en salud en el PIB, y las decisiones políticas del más alto nivel permitieron la promulgación de legislación, la reforma de estructuras del sector de la salud y el desarrollo de un conjunto de programas que concentraron una cantidad sustancial de los recursos disponibles en los grupos de población más desprotegidos y con mayores probabilidades de ser afectados por la patología prevalerte, y en los problemas de salud más vulnerables con la tecnología disponible, que constituyeron factores decisivos para la declinación espectacular de estas enfermedades, hasta el extremo de hacerlas ceder los primeros lugares como causa de muerte a los padecimientos característicos de la edad adulta y la vejez, beneficiando en especial a los menores de un año y a los niños de 1 a 5 años, y afectando en particular a las enfermedades prevenibles por vacunación y por saneamiento ambiental

En las dos últimas décadas del siglo, el severo deterioro de la economía nacional y la falta de conjuntos de políticas coherentes facilitaron una drástica disminución de la mejoría obtenida, en la que volvieron a cobrar importancia algunas enfermedades agudas transmisibles y se inició un rebrote de otras que se suponía desterradas del territorio nacional. Además, el deterioro de las condiciones sociales de la población, con un aumento la población marginal, la indocumentada, la drogadicción, la prostitución, y los trabajadores no asegurados, condujeron a un incremento de las enfermedades de transmisión sexual, que se complicó con la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en 1981.

Recomendaciones

La evolución a lo largo del siglo de las enfermedades transmisibles enseña que, aunque para su reducción se puede emplear técnicas de menor costo que el requerido para la de otras, el descuido de su vigilancia, prevención y tratamiento oportuno puede conducir a retrocesos significativos de las mejorías que se pueda alcanzar. Por lo tanto, no se puede mezquinar los recursos destinados a la vigilancia epidemiológica en este campo. Por otra parte,

la estrecha relación de estas enfermedades con la desnutrición y la pobreza hace necesaria una clara voluntad política y una importante concentración de recursos en los grupos de población más desprotegidos, que son los que tienen mayores probabilidades de ser afectados por esta patología, así como en el desarrollo de programas de carácter integral, que den gran importancia a las acciones de saneamiento ambiental, y al suministro de agua potable. Además, la vacunación debe mantenerse de manera estricta y permanente y no como campañas transitorias, y los logros que se obtenga con ellos nunca deberán justificar su descuido.

Capítulo 6. El control y prevención de enfermedades no transmisibles

Se presenta en este capítulo la evolución que han tenido las enfermedades no transmisibles (ENT) en el país, con énfasis en aquellas que tienen un peso importante en la morbilidad y mortalidad. En una primera parte se presenta la situación de las ENT en la región de las Américas y posteriormente se aborda la situación en el país, tratando de manera específica algunos temas como: mortalidad por grandes grupos de causas y más en detalle, los tipos de cáncer más importantes en mujeres y hombres, salud mental y las afecciones perinatales. Igualmente se aborda el tema del consumo de drogas lícitas e ilícitas, asociado con algunos trastornos emocionales.

1. Las enfermedades crónicas en Costa Rica

Dr. Humberto Montiel Paredes *

Situación en América Latina

La Región enfrenta en este siglo que comienza, el reto de luchar contra las enfermedades no transmisibles (ENT), que se han expandido dramáticamente.

La información disponible en la Región revela que, hasta los 70 años, estas enfermedades (diabetes, hipertensión, cáncer, entre otras) representan la causa del 44,1% de las muertes masculinas y del 44,7% de las femeninas en la Región, además, la fuerza laboral de la mayoría de los países se ve afectada por enfermedades y factores de riesgo que en gran medida pueden prevenirse.

Según el informe "Respuesta de Salud Pública a las Enfermedades Crónicas", las ENT de importancia capital para la Región son: las enfermedades cardiovasculares, de las cuales las más frecuentes son los accidentes cerebro vasculares y la cardiopatía isquémica; el cáncer,

**Asesor de Epidemiología OPS/OMS Representación en Costa Rica.*

cervicouterino y de mama en mujeres, y de estómago y pulmón entre hombres; la diabetes, que afecta a 35 millones de personas y las lesiones, que son la principal causa de muerte entre los varones, especialmente entre los adolescentes y adultos jóvenes.

Todas ellas tienen afecciones en común (comorbilidad): la hipertensión, la obesidad, la disminución de la tolerancia a la glucosa y la diabetes que pueden considerarse tanto enfermedades como factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares (la inactividad física, el tabaquismo y el elevado consumo de grasa).

El problema de las ENT cruza a ambos sexos en todas las edades. Estudios revelan que la prevalencia de la hipertensión oscila entre 14% y 40% en las personas de entre 35 y 64 años, pero casi la mitad de ellas no son conscientes de ello y, en promedio, sólo el 27% se controla la presión arterial. Además, entre el 9 y el 18% de las personas de entre 35 y 64 años son diabéticas y casi el 60% de ellas ya tienen al menos una complicación microvascular al momento del diagnóstico.

Hipertensión arterial:

La hipertensión afecta a 140 millones de personas en la Región y el 50% de ellas ni siquiera lo sabe. Esta condición es uno de los principales factores de riesgo para la aparición de enfermedades cardiovasculares como los accidentes cerebrovasculares o la enfermedad isquémica del corazón, principales causas de muerte prematura en la mayoría de los países.

Según explica el documento La Salud en las Américas, publicado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tan sólo bajando un poco la presión arterial se reduce la mortalidad por las causas citadas entre un 15% y un 40%, especialmente en personas mayores de 65 años.

Aunque se sabe que la clave para evitar el aumento de la presión arterial está en los hábitos alimentarios y en el ejercicio físico, hacen falta más programas eficaces para lograr esta meta. El dicho popular "más vale prevenir que curar" cobra más fuerza ahora que un estudio acaba de comprobar que los valores de presión sistólica de entre 12 y 13,9, y de diastólica de entre 8 y 8,9, ya son un alerta para cambiar conductas de vida. Un nuevo trabajo del Instituto Nacional de Sangre, Pulmón y Corazón de los Estados Unidos definió así a los "prehipertensos": aquellas personas que todavía no padecen de hipertensión pero que son candidatos firmes si no cuidan su dieta, no dejan de fumar y no olvidan las grasas ni el alcohol.

Diabetes:

Se estima que cada año mueren en la región más de 330.000 personas a causa de trastornos provocados por la diabetes. Las estimaciones indican que la discapacidad permanente que genera la enfermedad causa gastos por encima de los 50 mil millones de dólares anuales. Y la discapacidad temporaria, más de 700 millones de dólares.

Las cifras siguen sorprendiendo. Los costos asociados con la insulina y los medicamentos de administración oral que necesitan las personas que tienen diabetes en Latinoamérica y el Caribe, según los datos analizados que corresponden al año 2000, suman 4.720 millones de dólares, las hospitalizaciones 1.012 millones y las consultas más de 2.500 millones.

La carga de la diabetes también se mide en términos del tiempo perdido. Ya sea por discapacidad temporal, permanente, o por muerte, representa miles de días de productividad perdidos, que también se traslucen en pérdidas económicas, además, tanto en Latinoamérica como en el Caribe, se agrega el problema de que muchas personas que tienen diabetes no tienen acceso a los servicios de salud y por ende a tratamientos especializados.

Sin embargo, estudios recientes muestran que muchas complicaciones vinculadas a esta enfermedad se pueden prevenir, y hasta revertir, con controles adecuados de la glucemia y educando correctamente a los pacientes para que mejoren su autocuidado, tengan una alimentación adecuada y eleven su autoestima.

Estas complicaciones que pueden prevenirse conducen a discapacidades significativas como la ceguera, la amputación y la insuficiencia renal.

Respuesta institucional en los países

Para luchar en este escenario, el Programa de Enfermedades no Transmisibles de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), trabaja fortaleciendo la capacidad de los países para formular políticas, estrategias y modelos eficaces para controlar las enfermedades no transmisibles, haciendo hincapié en las enfermedades cardiovasculares, el cáncer cervicouterino y la diabetes.

También promueve la creación de alianzas y aboga por el establecimiento de una red regional de países que usan un enfoque integrado para el control de enfermedades no transmisibles y apoya la creación y el mejoramiento de la vigilancia nacional y regional de estas enfermedades y de sus factores de riesgo.

Junto al apoyo a los sistemas de vigilancia epidemiológica, la OPS ha elaborado estrategias de prevención para el mejoramiento de los entornos socioculturales y naturales, como la iniciativa CARMEN (conjunto de acciones para la reducción multifactorial de enfermedades no transmisibles), que identifica y promueve intervenciones eficaces para fomentar y mantener estilos de vida saludables, mediante la prevención de factores de riesgo en la población.

Situación en Costa Rica

La expectativa de vida del costarricense se mantiene sin variaciones desde 1990 en alrededor de 77 años. Este "estancamiento" es resultado de la estabilización de la tasa de mortalidad infantil que durante la presente década muestra oscilaciones sin que se evidencie una tendencia hacia la reducción y del aumento proporcional que, desde 1985, muestran las ta-

sas de mortalidad por algunas patologías como enfermedades del aparato circulatorio, tumores y causas externas. La tasa bruta de natalidad pasó de 32 x 1000 en 1985 a 22,6 en 2000 (Estado de la Nación 1998), la población ha envejecido y se ha ensanchado la pirámide poblacional a expensas de adultos jóvenes.

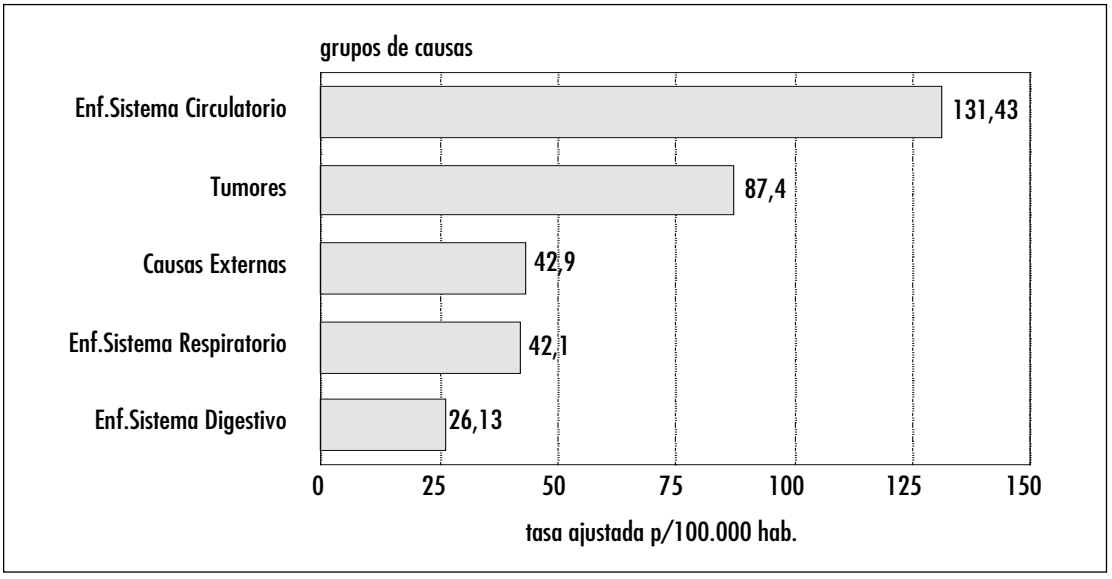
El país ha experimentado cambios importantes en los patrones de consumo alimentario hacia comidas rápidas con gran contenido de grasas y alimentos preservados con alto contenido de sodio y el incremento de puestos de trabajo de tipo sedentario. El bienestar económico, el número creciente de población envejeciendo y los cambios en el consumo, plantean un panorama nacional de alta vulnerabilidad para las enfermedades no transmisibles.

A continuación se describe la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, diabetes e hipertensión, estos últimos, como factores de riesgo para enfermedad cardiovascular.

Mortalidad por causas

Al continuar el análisis de la mortalidad por los cinco grandes grupos de causas hasta el año 2001, se observa la misma tendencia es decir, la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio ocupa el primer lugar, le siguen los tumores malignos, en tercer lugar las causas externas, seguido por las enfermedades del sistema respiratorio y en quinto lugar las enfermedades del aparato digestivo. A continuación se presenta el comportamiento del año 2001.

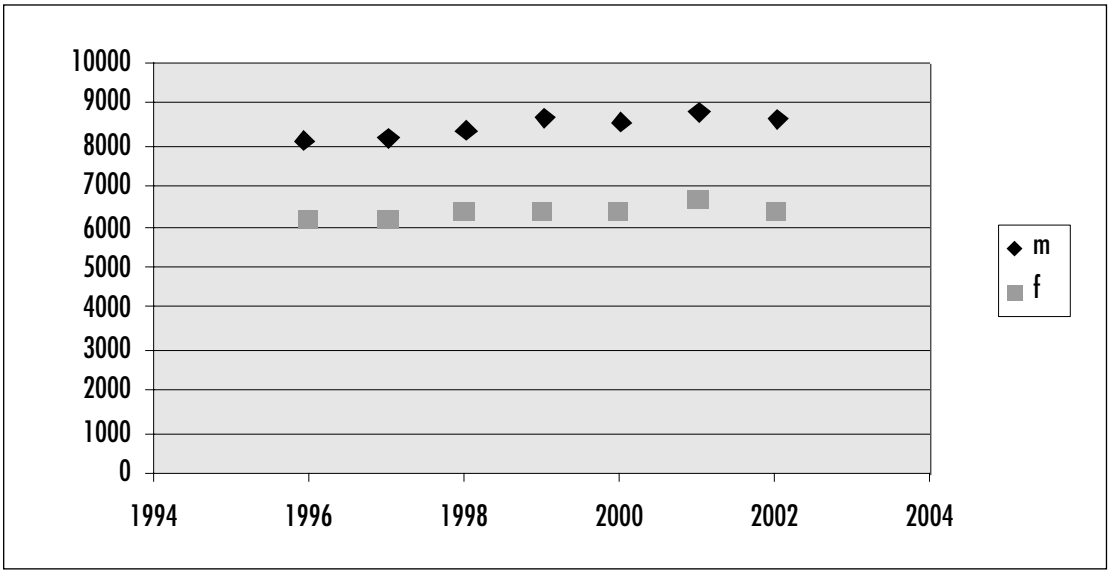
Gráfico Nº 1
Mortalidad por los cinco grandes grupos de causas. Costa Rica 2001
(tasa ajustada por 100.000 hab.)



Fuente:INEC-Unidad de Informacion Estadistica M.Salud

La tendencia observada a lo largo del tiempo en Costa Rica es la de un descenso aparente de la mortalidad en la década de los 1990-2000 para luego estabilizarse en los hombres, inclusive mostrar una ligera tendencia al descenso en los últimos años en este grupo, y descender en mujeres rápidamente (Gráfico 2).

Gráfico Nº 2
Tendencia de la mortalidad según sexo
Costa Rica 1994-2004



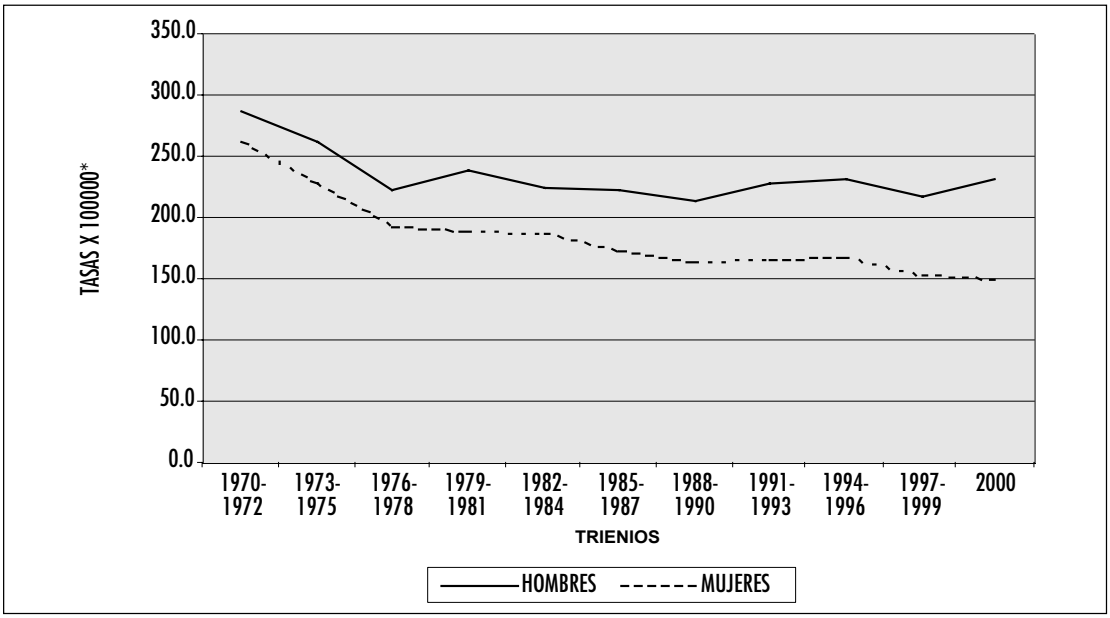
Fuente: Datos de mortalidad INEC. Elaboración propia.

Mortalidad por Enfermedades Aparato Circulatorio

En los gráficos 3 y 4 se muestra el número de defunciones y tasas ajustadas de mortalidad para enfermedades del aparato circulatorio, enfermedad cardiovascular e infarto del miocardio sucesivamente para el período 1995, 2000 y 2001. En ellos se muestra que la enfermedad cardiovascular representa casi las tres cuartas partes de la mortalidad debida al aparato circulatorio (72% en 1995 y 73% en 2001).

Las enfermedades cardiovasculares han constituido la principal causa de muerte de la población costarricense, tanto en hombres como en mujeres desde el quinquenio 1970-1974, siendo siempre la tasa ajustada de mortalidad en los hombres más alta que en las mujeres hasta el año 2000, en que murieron 2675 hombres y 2145 mujeres por esta causa representando el 32% y 35% de la mortalidad total para ese año, respectivamente.

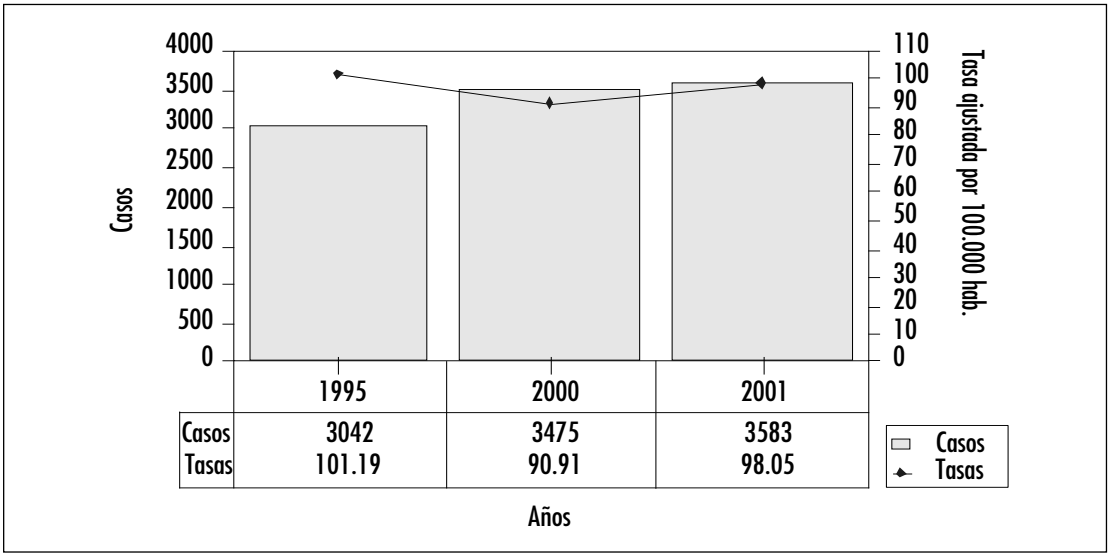
Gráfico Nº 3
Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio.
Costa Rica 1970-2000



Fuente: INEC

Este panorama parece señalar que si bien el país ha venido mejorando la prevención y

Gráfico Nº 4
Mortalidad por Cardiovasculares segun año. Costa Rica 1995-2000 y 2001
(tasa ajustada por 100.000 hab.)



Fuente:INEC-Unidad de Informacion Estadistica M.Salud

atención del accidente cerebrovascular, es poco lo que ha logrado frente a los daños crónicos derivados de un mal control en la población de hipertensos y en la prevención y la atención del manejo de la EIC.

Conclusiones

- La expectativa de vida del costarricense se mantiene sin variaciones desde 1990 en alrededor de 77 años. Este "estancamiento" es resultado de la estabilización de la tasa de mortalidad infantil que durante la presente década muestra oscilaciones sin que se evidencie una tendencia hacia la reducción y del aumento proporcional que, desde 1985, muestran las tasas de mortalidad por algunas patologías como enfermedades del aparato circulatorio, tumores y causas externas. por lo que es prioritario identificar acciones a corto, mediano y largo plazo, que permitan que el país avance en el incremento de la esperanza de vida al nacer y el mejoramiento de la calidad de vida.
- Las enfermedades crónicas (cardiovasculares, hipertensión y diabetes) constituyen un problema de salud pública en Costa Rica.
- Hay una tendencia al incremento de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades cardiovasculares decrecen entre 1970 y 1980 (de 129.7 pasan a 102.7 por 100.000 habitantes) y luego aumentan hasta 124 por 100.000 habitantes en 2000, ubicándose como la primera causa de muerte en el país desde 1971.
- La mortalidad por enfermedad del sistema circulatorio en hombres esta teniendo una tendencia a la estabilización y en las mujeres a la disminución.
- Si bien la magnitud de la mortalidad por Enfermedad Hipertensiva aun es baja, preocupa su aumento vertiginoso ya que comprende aquella ocasionada por daño secundario a la hipertensión esencial y la derivada de la hipertensión secundaria.
- La prevalencia de diabetes, sobrepeso y tabaquismo parece estar en aumento. Se desconoce la tendencia de la prevalencia de hipertensión o de la actividad física.
- El problema parece tender a concentrarse en las poblaciones de menor educación y más bajos ingresos.
- La política alimentaría y de promoción de la actividad física en particular hacia las poblaciones más desaventajadas social y económicamente es urgente.
- Se requiere implementar y organizar los esfuerzos para el desarrollo de programas de atención basados en la demanda y para problemas crónicos que permitan un adecuado manejo de la hipertensión y la diabetes en el primer nivel de atención.

2. El cáncer: evolución y causas

*Dr. Marco Sánchez**

Bajo el término cáncer, se agrupa a una serie de enfermedades con una ubicación anatómica definida, una etiología y un comportamiento biológico distinto, pero que comparten todas como característica común, la existencia de una tumoración compuesta por células malignas, cuya independencia de las demás células del organismo, así como su capacidad para diseminarse y producir trastornos mecánicos y metabólicos, son capaces de producir la muerte del enfermo.

El cáncer es entonces un grupo de enfermedades distintas, reunidas en torno de una característica común y así como a nivel individual esta enfermedad posee elementos propios que definen el comportamiento de cada tumor, también desde el punto de vista poblacional, el cáncer es una enfermedad con un comportamiento definido por la ubicación anatómica de la lesión original y por los indicadores económicas, culturales, étnicos, sociales y demográficos del grupo humano en que se estudie, adquiriendo así, un comportamiento típico de la región geográfica en que se ubica esa población.

En este contexto, el comportamiento de los tumores malignos observado hoy en Costa Rica responde a las características propias de sus pobladores. Los cambios en la epidemiología del cáncer vistos a través del comportamiento de la incidencia y mortalidad, son una consecuencia de las grandes transformaciones sufridas por la sociedad. Ejemplos de esto son las diferencias observadas en la distribución porcentual de la edad de muerte del costarricense de los años 70 con respecto al del año 2000 y en la distribución porcentual de las causas de muerte en los mismos años (gráficos 5 y 6).

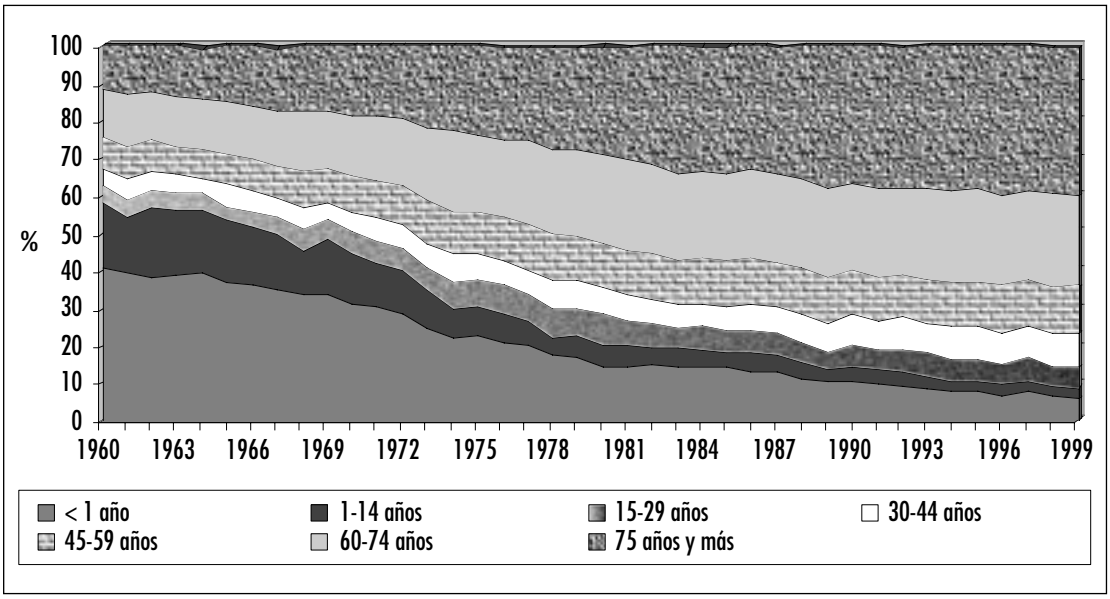
Muchos han sido los esfuerzos realizados por el país con el objetivo de luchar contra esta realidad, dentro de los eventos más significativos que construyeron el escenario oncológico de hoy, se destacan:

La creación de las garantías sociales en 1940 y con ellas la Caja Costarricense de Seguro Social que permite el acceso de la población a la atención de salud, misma que hasta entonces se realizaba por sistemas de caridad financiados por la lotería nacional. En 1940 se crea el primer Instituto de Cáncer a cargo de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social que luego se convierte para 1949 en la Lucha Contra el Cáncer a cargo del Ministerio de Salubridad.

El primer programa de detección de cáncer temprano de mama y cuello uterino se establece en 1958 por la Asociación Médica Femenina de Costa Rica que dio paso a la elabo-

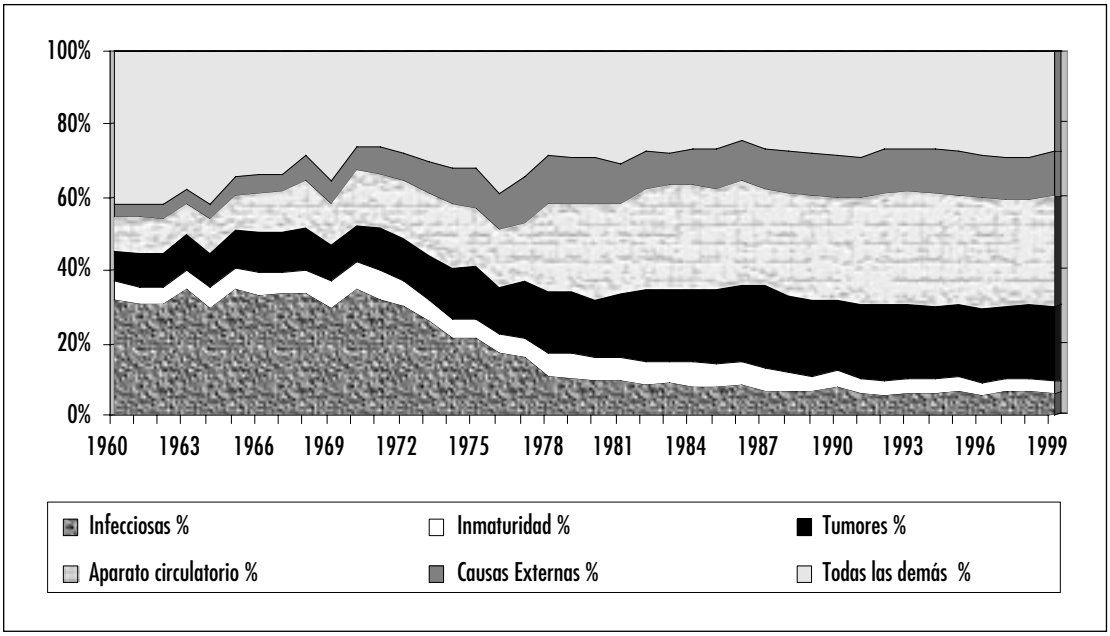
**Oncólogo*

Gráfico Nº 5
Distribución de la mortalidad proporcional por grupo de edad
Costa Rica 1969-1999



Fuente: Centro Centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica

Gráfico Nº 6
Distribución de la mortalidad proporcional por grupo de causas
Costa Rica 1960 - 1998



Fuente: Centro Centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica

ración en la década de los 60 a un Plan Nacional de Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino.

En 1962 se publican las primeras investigaciones epidemiológicas del cáncer en el país por el Dr. De Céspedes, señalando el problema de salud que constituía el cáncer gástrico esto sensibiliza a las autoridades de salud y se da la creación de la Comisión Nacional de Cáncer Gástrico por decreto ejecutivo # 11184 SPSS con el objetivo de coordinar las políticas y estrategias de planificación y promoción en la detección del cáncer gástrico. En ese mismo año, bajo la dirección del Dr. Carlos Manuel Gutiérrez Cañas, se crea en el Hospital San Juan de Dios el primer Servicio de Oncología del país, primero fue el de mujeres y tres años después sería el de oncología de hombres.

En 1967 y tras la creación del Hospital Nacional de Niños, se organiza el Servicio de Hematología de Niños a cargo de los doctores Elías Jiménez y Miguel Martínez, el servicio crece y en 1974 crean el Laboratorio de Investigación en Hematología bajo la dirección del Dr. Rafael Jiménez Bonilla. Para el año 1970, en este mismo hospital el Dr. Francisco Lobo Sanahuja, crea el servicio especializado para el tratamiento de los tumores sólidos de los niños, luego llamado Servicio de Oncología de Niños

Las Unidades de Cobaltoterapia fuero instaladas por primera vez en el Hospital México en 1969, fue el Dr. Núñez Hernández quien se hace cargo del primer servicio de radioterapia que luego queda en manos del primer radioterapeuta costarricense, Dr. Vinicio Pérez. En 1973 se instala una unidad más de Cobaltoterapia en el Hospital San Juan de Dios a cargo del Dr. Alvaro Camacho Morales y otra se instala en 1990, esta última unidad, fue cerrada luego del triste accidente de sobreirradiación ocurrido en 1996 que produjo 103 muertes, planteado serios cuestionamientos a la calidad de la atención en radioterapia del país. Luego de esto se instalan en 1999 los primeros equipos de Aceleradores Lineales con financiamiento privado y no es sino hasta el año 2002 que la Caja Costarricense del Seguro Social adquiere los primeros equipos de esta naturaleza para instalarlos en el Hospital México, pero que aún no funcionan.

La preocupación por la recolección, procesamiento y análisis de la información en cáncer fue plasmada en 1976 con la creación, mediante decreto ministerial # 6584 SPSS, del Registro Nacional de Tumores. Luego de esto fue en 1981 que se ve creada la Unidad Nacional de Cáncer, a cargo del Dr. Gonzalo Vargas Chacón y en 1983 el Ministro de Salud crea al Consejo Nacional de Cáncer como un comité de expertos que adscrito a su despacho, se encarga de definir las normas y protocolos de tratamiento quirúrgico, de quimioterapia y radioterapia estandarizado de todos los diferentes tipos de cáncer existentes, con el fin de dar un manejo integral al paciente oncológico. Este Consejo además debe planificar las acciones para el desarrollo de la docencia y la investigación en cáncer del país. A esta serie de órganos estatales creados en los 80`s para el control del cáncer, hay que sumar al Consejo del Control de la Propaganda de Cigarrillos, establecido en 1986.

En enero de 1991, se crea la primera Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del país en el Hospital Calderón Guardia por el Dr. Isaías Salas Herrera que posteriormente se converti-

rá en el Centro Nacional de Cuidados Paliativos y Dolor. También en este hospital en 1994 se crea la Unidad de Ginecología Oncológica a cargo de los doctores, Francisco Fuster y Danilo Medina.

En cuanto al cáncer gástrico en febrero de 1996 se firma un convenio de cooperación entre La Caja Costarricense del Seguro Social, la Universidad de Costa Rica y la Agencia Internacional de Cooperación Japonesa para la puesta en marcha de un programa de Detección Temprana de Cáncer Gástrico, este programa se extendió por 5 años, de febrero de 1995 a febrero del 2000, desarrollado en el Hospital Max Peralta de Cartago y fue el Dr. Horacio Solano quien coordinó la parte costarricense. Concluido el programa japonés, el Centro se dedica a la medicina asistencial y a la docencia.

Otro evento importante fue la creación del Laboratorio Nacional de Citologías en 1998 y que fue impulsado por el Programa Contra el Cáncer de Cuello Uterino de la Primera Dama de la Republica durante el período 1998 - 2002. De suma importancia para entender el escenario oncológico actual es la creación el 17 de abril de 1998 mediante la Ley # 7765 del Instituto Costarricense Contra el Cáncer, cuyo principal objetivo es la creación del Hospital Oncológico Nacional, obra que aún no da inicio.

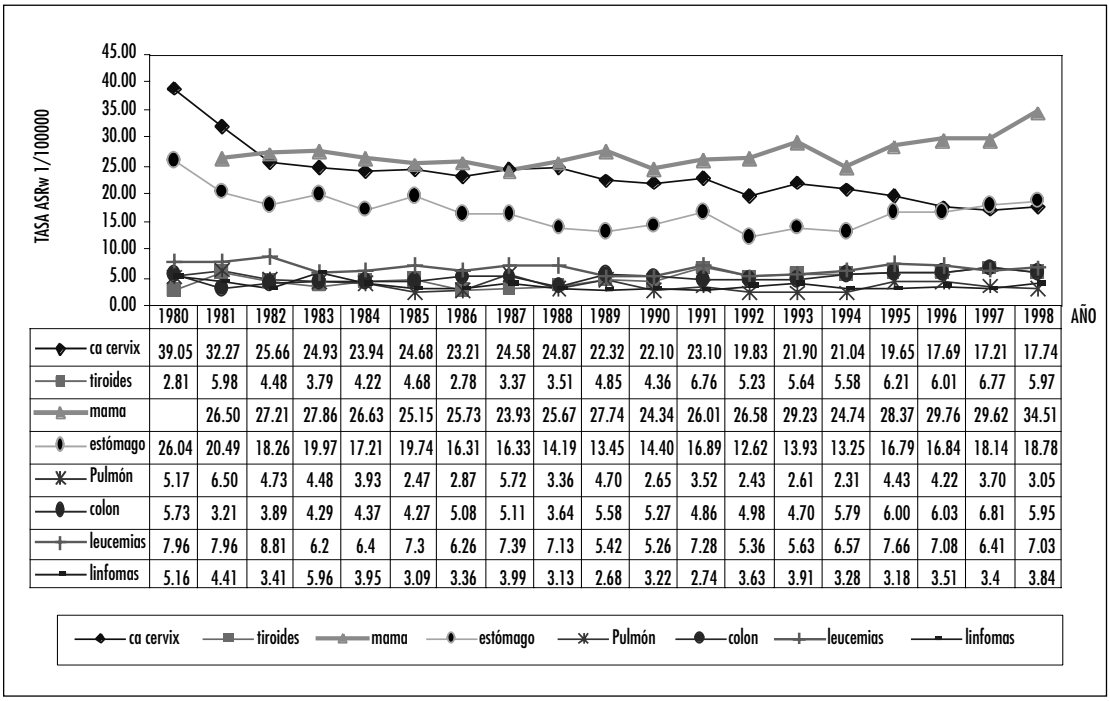
Por último en respuesta a las necesidades institucionales de la Caja Costarricense de Seguro Social para la atención de los pacientes con cáncer se crea en septiembre del año 2000 la Dirección de Cáncer, organismo dependiente de la Gerencia Médica que coordina las acciones contra el cáncer en esa institución.

Siendo este el escenario, en las siguientes páginas se hará referencia al comportamiento del cáncer desde la perspectiva de la salud pública, haciendo referencia a los cambios observados en el comportamiento poblacional de los principales tumores malignos que constituyen un problema para la salud de los costarricenses.

Cáncer de mama

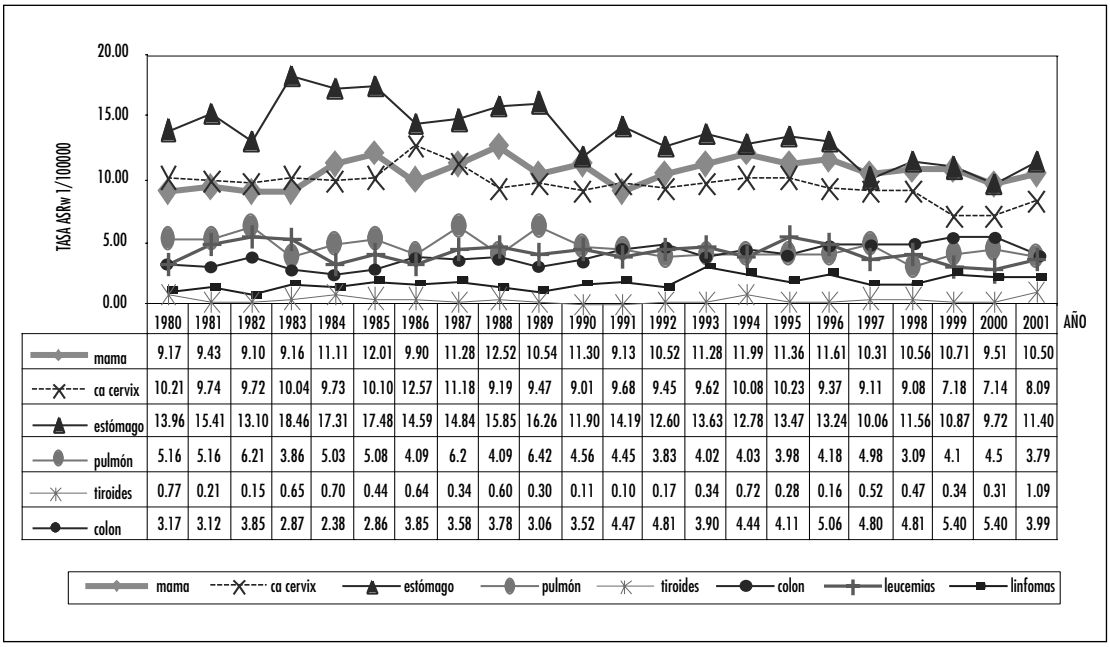
Los tumores malignos de la mama femenina han sido los más frecuentes entre las neoplasias con capacidad de generar muertes en las mujeres costarricenses de los últimos 20 años, razón por la cual es el tumor maligno más importante en este período y probablemente sea el que más problemas genere al sistema de salud en los próximos 10 años (gráfico 7). Los cambios en el perfil epidemiológico de nuestro país, en cuanto a la mortalidad por cáncer, permiten observar como se experimenta una importante disminución en las muertes de las mujeres por cáncer gástrico y de cuello uterino, mientras que las de cáncer de mama continúan en aumento sobrepasando al cérvix desde 1992 (gráfico 8).

Gráfico Nº 7
Tendencia de la incidencia por tumores malignos. Mujeres
Costa Rica 1980-1998. Tasa ASRw 1/100000



	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
ca cervix	39.05	32.27	25.66	24.93	23.94	24.68	23.21	24.58	24.87	22.32	22.10	23.10	19.83	21.90	21.04	19.65	17.69	17.21	17.74
tiroides	2.81	5.98	4.48	3.79	4.22	4.68	2.78	3.37	3.51	4.85	4.36	6.76	5.23	5.64	5.58	6.21	6.01	6.77	5.97
mama		26.50	27.21	27.86	26.63	25.15	25.73	23.93	25.67	27.74	24.34	26.01	26.58	29.23	24.74	28.37	29.76	29.62	34.51
estómago	26.04	20.49	18.26	19.97	17.21	19.74	16.31	16.33	14.19	13.45	14.40	16.89	12.62	13.93	13.25	16.79	16.84	18.14	18.78
Pulmón	5.17	6.50	4.73	4.48	3.93	2.47	2.87	5.72	3.36	4.70	2.65	3.52	2.43	2.61	2.31	4.43	4.22	3.70	3.05
colon	5.73	3.21	3.89	4.29	4.37	4.27	5.08	5.11	3.64	5.58	5.27	4.86	4.98	4.70	5.79	6.00	6.03	6.81	5.95
leucemias	7.96	7.96	8.81	6.2	6.4	7.3	6.26	7.39	7.13	5.42	5.26	7.28	5.36	5.63	6.57	7.66	7.08	6.41	7.03
linfomas	5.16	4.41	3.41	5.96	3.95	3.09	3.36	3.99	3.13	2.68	3.22	2.74	3.63	3.91	3.28	3.18	3.51	3.4	3.84

Gráfico Nº 8
Tendencia de la mortalidad por cáncer. Mujeres
Costa Rica 1980-2001. Tasa ASRw 1/100000



	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
mama	9.17	9.43	9.10	9.16	11.11	12.01	9.90	11.28	12.52	10.54	11.30	9.13	10.52	11.28	11.99	11.36	11.61	10.31	10.56	10.71	9.51	10.50
ca cervix	10.21	9.74	9.72	10.04	9.73	10.10	12.57	11.18	9.19	9.47	9.01	9.68	9.45	9.62	10.08	10.23	9.37	9.11	9.08	7.18	7.14	8.09
estómago	13.96	15.41	13.10	18.46	17.31	17.48	14.59	14.84	15.85	16.26	11.90	14.19	12.60	13.63	12.78	13.47	13.24	10.06	11.56	10.87	9.72	11.40
pulmón	5.16	5.16	6.21	3.86	5.03	5.08	4.09	6.2	4.09	6.42	4.56	4.45	3.83	4.02	4.03	3.98	4.18	4.98	3.09	4.1	4.5	3.79
tiroides	0.77	0.21	0.15	0.65	0.70	0.44	0.64	0.34	0.60	0.30	0.11	0.10	0.17	0.34	0.72	0.28	0.16	0.52	0.47	0.34	0.31	1.09
colon	3.17	3.12	3.85	2.87	2.38	2.86	3.85	3.58	3.78	3.06	3.52	4.47	4.81	3.90	4.44	4.11	5.06	4.80	4.81	5.40	5.40	3.99

Para el año de 1998, según datos del Registro Nacional de Tumores, hubo 544 casos nuevos de cáncer de mama, lo que corresponde al 18% de todos los tumores malignos en las mujeres, solo dos de estos casos fueron en hombres lo que da una relación de 1:272 casos. Durante ese año, diariamente aparecieron 1,5 casos nuevos de cáncer de mama y cada 2 días murió una costarricense por esta enfermedad.

Lamentablemente, los esfuerzos realizados para combatir esta enfermedad no han mostrados resultados que logren impactar a la mortalidad y sigue siendo el avanzado estado del tumor al momento del diagnóstico, la principal razón de tan alta mortalidad. Internacionalmente se ha demostrado que la mamografía es un excelente método de diagnóstico precoz, sin embargo, ningún ensayo poblacional ha logrado hasta el día de hoy frenar a la mortalidad.

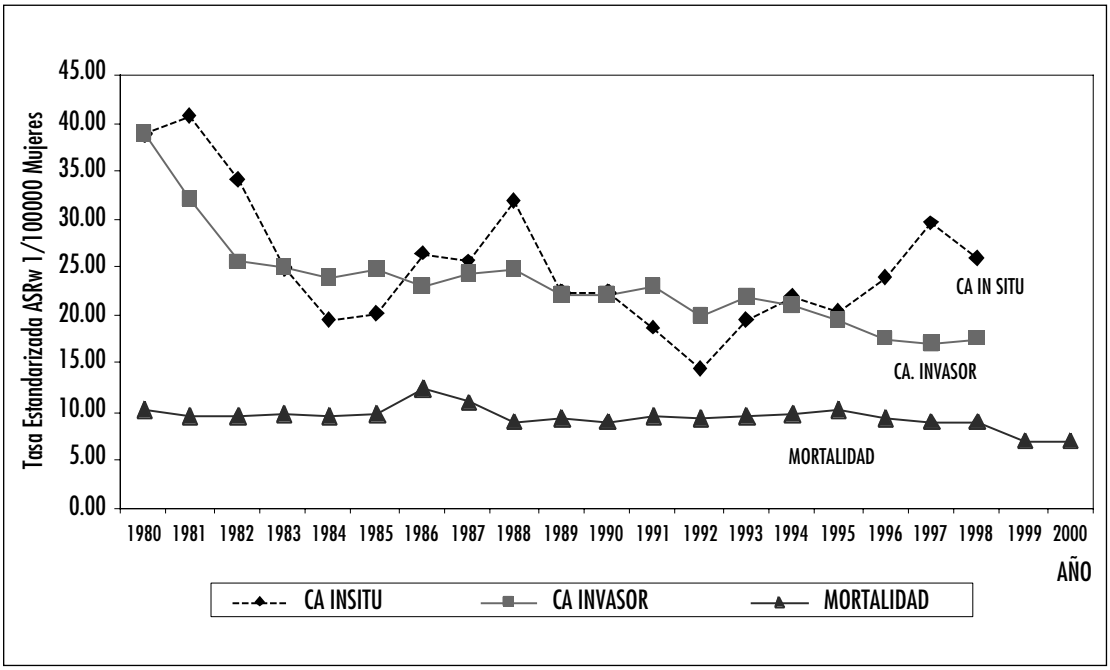
El principal reto para la salud pública costarricense es promover el autoexamen de las mamas desde la adolescencia permitiendo que las mujeres conozcan su cuerpo y puedan dar una temprana alerta sobre tumores pequeños que pueden ser controlados para disminuir las muertes generadas por esta enfermedad.

Cáncer de cuello uterino

El comportamiento epidemiológico del cáncer de cuello uterino se relaciona íntimamente con la cultura y economía de la sociedad en la que se analice y con la existencia o no de programas de tamizaje. Siendo la variedad del carcinoma epidermoide la más frecuente y teniendo este una etiología viral, se le ha catalogado como una enfermedad de transmisión sexual.

La relación entre este tipo de tumor y la epidemia mundial del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) va en dos sentidos: primero que en la población de mujeres infectadas la neoplasia del cervix es más frecuente y segundo, que el temor al SIDA ha promovido en nuestra cultura el uso del preservativo y la disminución de la promiscuidad sexual, observándose entonces una tendencia a la disminución de la incidencia total del cáncer de cuello uterino (gráfico 9).

Gráfico Nº 9
Tendencia de la incidencia y mortalidad del cáncer de cuello uterino.
Costa Rica 1980-2000. Tasa ASRw 1/100000 mujeres



La eficiencia en el diagnóstico de lesiones tempranas realizado por el programa de tamizaje es fundamental para entender el comportamiento de las curvas de incidencia del cáncer in situ y del invasor, toda vez que entre mayor sea la eficacia y eficiencia, un mayor número de lesiones in situ se detectan y disminuyen las lesiones invasoras. Sin embargo la curva de mortalidad no cambia tan rápidamente y en el caso de Costa Rica apenas en el año 2002 se observa una clara tendencia a la disminución.

Geográficamente, este cáncer tiene en nuestro país tiene una incidencia más alta en las regiones de clima más cálido y alejadas, además el porcentaje de lesiones in situ detectadas en esas regiones es bajo, lo que denota una pobre eficacia del sistema de tamizaje. Será entonces el reto de nuestro país, mejorar el programa de tamizaje de cáncer de cuello uterino incluyendo las zonas geográficamente alejadas, así como educar a la población en el uso del preservativo, la realización de la citología vaginal y evitar las relaciones sexuales multipareja.

Cáncer gástrico

El cáncer gástrico fue por mucho tiempo la neoplasia más importante del país, muchos estudios en torno a la etiología fueron realizados por múltiples investigadores, tratando de re-

lacionar factores que pudieran explicar como en Costa Rica podía existir una incidencia y mortalidad tan alta en relación a los demás países del área y de Latinoamérica. Sin embargo, no se ha podido establecer por ninguno de estos investigadores, una conclusión de causalidad.

Agregado a esto, el comportamiento de la neoplasia en los últimos 20 años, experimenta un importante descenso en la incidencia y la mortalidad, que de continuar con la tendencia observada, probablemente sea superado por otros tumores malignos como es el de mama femenina y próstata.

Importantes esfuerzos se han realizado para la detección temprana de este tumor, ya que su tratamiento en estadios avanzados no logra cambiar el fatal pronóstico. Por ello la colaboración brindada por la Japanese International Cooperation Agency (JICA), en la zona de Cartago para la realización de un estudio de tamizaje y tratamiento de lesiones tempranas a nivel gástrico, de 1994 a 1998, fue un importante aporte por la formación médica brindada y los equipos dejados por el proyecto y que hoy han dado paso a la creación del Centro Nacional de Detección Temprana de Cáncer Gástrico, un lugar que permite la formación académica y práctica de médicos para la detección y tratamiento del cáncer gástrico.

A pesar de que los cambios en la epidemiología del cáncer en Costa Rica, proyectan una disminución significativa del cáncer del estómago, este sigue siendo un tumor de mucha importancia epidemiológica, principalmente por su difícil diagnostico en etapas tempranas y su rápida letalidad en etapas avanzadas.

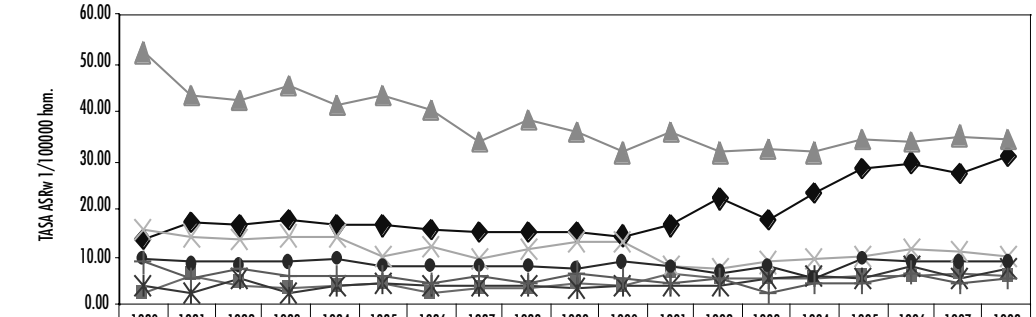
El país debe continuar vigilante de este tumor y establecer mecanismos que permitan un diagnóstico temprano y un tratamiento efectivo y seguro, mientras las mejorías en las condiciones socioeconómicas del país, favorecen los cambios necesarios en la población, que al igual que en las naciones desarrolladas, permitan disminuir la incidencia general del cáncer gástrico.

Otros tumores malignos

Del comportamiento epidemiológico de las otras malignidades importantes del país, cabe destacar el cáncer de próstata y el de pulmón.

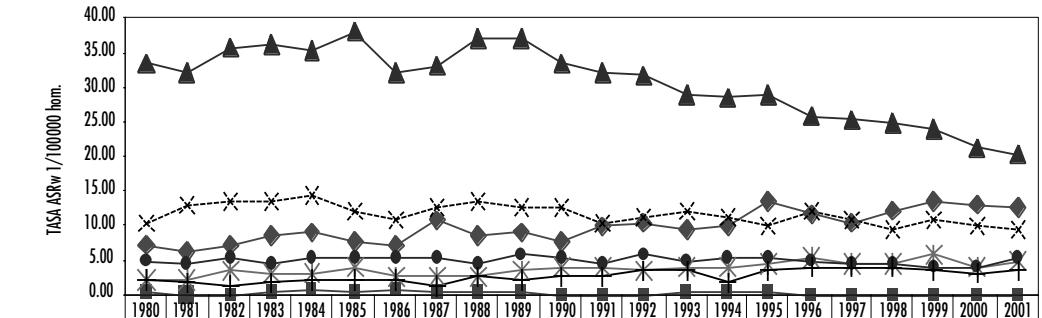
El cáncer de próstata, al igual que en el resto del mundo, experimenta un importante aumento de la incidencia a partir del año 1991, (gráficos 10 y 11) gracias a la introducción de la medición del Antígeno Prostático Específico, marcador bioquímico que permite tamizar a la población masculina. Lo importante es que la mortalidad por esta causa se ha mantenido relativamente estable y se espera que logre disminuir con el uso de la detección temprana a partir de un buen uso poblacional de la prueba.

Gráfico Nº 10
Tendencia de la incidencia por cáncer. Hombres.
Costa Rica 1980-1998. Tasa ASRw1/100000



AÑO	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Próstata	13.80	17.20	16.78	18.07	16.66	16.57	15.55	15.41	15.41	15.07	14.60	16.29	21.93	18.18	23.24	28.55	29.40	27.59	30.95
tiroides	2.81	5.98	4.48	3.79	4.22	4.68	2.78	3.37	3.51	4.85	4.36	6.76	5.23	5.64	5.58	6.21	6.01	6.77	5.97
estómago	52.67	43.26	42.56	45.22	41.33	43.18	40.80	33.54	38.89	36.06	31.66	36.00	31.99	32.28	31.92	34.79	33.47	35.30	34.44
Pulmón	15.97	14.48	13.62	14.71	14.64	10.44	12.68	9.48	11.82	13.12	12.76	8.21	7.78	9.15	9.84	10.47	11.81	11.01	10.12
colon	4.22	2.95	5.71	2.83	3.83	4.88	4.01	4.01	4.24	3.14	4.25	4.39	4.14	5.50	5.90	5.20	8.30	5.84	7.42
leucemias	9.52	8.67	8.78	8.87	9.35	8.06	8.19	8.59	8.48	7.81	8.84	8.58	7.22	8.12	5.85	9.45	9.07	8.64	8.68
linfomas	8.92	5.55	7.89	5.89	6.17	6.07	5.13	6.08	5.11	7.19	5.62	5.01	5.59	2.99	4.83	5.17	6.97	5.01	5.25

Gráfico Nº 11
Tendencia de la mortalidad por cáncer. Hombres
Costa Rica 1980-2001. Tasa ASRw 1/100000



AÑO	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Próstata	7.42	6.54	7.17	8.41	9.01	7.95	7.26	10.96	8.59	9.16	7.95	9.93	10.42	9.53	9.98	13.82	11.89	10.34	12.08	13.55	13.30	12.91
tiroides	0.68	0.17	0.06	0.60	0.70	0.45	0.69	0.36	0.52	0.34	0.17	0.08	0.08	0.32	0.61	0.31	0.13	0.00	0.20	0.08	0.13	0.17
estómago	33.83	32.44	35.70	36.45	35.51	38.07	32.16	33.28	37.45	37.42	33.58	32.38	31.63	29.30	28.56	29.21	25.84	25.42	24.80	23.87	21.19	20.49
Pulmón	10.53	13.39	13.61	13.50	14.77	12.32	11.05	12.70	13.41	12.64	12.76	10.49	11.14	12.49	11.38	10.03	12.43	10.69	9.59	11.10	10.00	9.32
colon	2.17	2.27	3.48	3.14	3.26	4.09	2.64	2.61	2.86	3.56	3.90	3.88	3.60	4.12	3.99	4.57	5.50	4.46	4.49	5.90	4.20	4.81
leucemias	5.03	4.43	5.57	4.33	5.61	5.28	5.49	5.29	4.62	5.96	5.67	4.7	5.99	5.01	5.57	5.33	4.94	4.64	4.32	3.99	4.17	5.36
linfomas	2.15	1.73	1.24	1.76	2.4	2.4	2.49	1.32	2.94	2.45	2.94	2.81	3.85	3.65	2.03	3.53	4.15	4.26	4.09	3.82	3.23	3.72

El cáncer de pulmón se mantiene estable en Costa Rica, cosa curiosa ya que en el resto del mundo, es uno de los tumores malignos con mayor aumento en los últimos 20 años. Deberá realizarse estudios que permitan descifrar exactamente el porque de este comportamiento en nuestra población.

3. La salud mental en el siglo XX

*Dr. René González**

La salud mental, entendida como un estado de ecuanimidad, equilibrio emocional e integración social es una noción que no vino a incorporarse en la civilización occidental sino hasta bien entrado el siglo XX, a pesar de sus claros antecedentes en el mundo antiguo. Hasta época relativamente reciente el concepto de salud mental se identificaba con la ausencia de enfermedad psiquiátrica y se entendía que la atención de pacientes mentales era el principal instrumento para su alcance. Esta concepción era la prevaleciente hasta hace poco en Costa Rica.

Salud mental y atención psiquiátrica en la primera mitad del siglo XX

Los juicios que pueden hacerse sobre la situación de salud mental en el país en la primera mitad del siglo pasado, tienen el valor de conjeturas más o menos fundamentadas, dada la carencia de datos específicos. No obstante lo señalado, algunos rasgos del contexto en que vivía la población permiten hacerse una idea aproximada sobre la calidad de la salud mental colectiva para esa época. Costa Rica era por entonces un país predominantemente rural y agrícola en que la expectativa de vida era relativamente baja, la natalidad alta, la mortalidad infantil considerable y la mortalidad por enfermedades infecciosas elevada. En esas condiciones es de suponer que el nivel de salud mental no era alto. Sin embargo, el predominio de la población de menor edad y la pequeña proporción de población añosa permite inferir que los trastornos mentales más devastadores (demencias, psicosis) no constituían el alto riesgo que representan hoy día y que algunos trastornos de base orgánica, como ciertas formas de retardo mental y la epilepsia eran frecuentes. Por otra parte, la probable situación de pobreza, la deficiencia de algunos servicios públicos y otras condiciones adversas del medio, presentes para esa época, inducen a pensar que la población estaba sometida a diversos grados de estrés, generador de problemas emocionales.

**Ex consultor de OPS/OMS en salud mental*

Se dispone de información más concreta sobre la asistencia psiquiátrica brindada a la población. Los hechos enumerados a continuación corresponden a hitos relevantes en el desarrollo de la atención psiquiátrica en el curso del siglo: en su primera mitad la atención psiquiátrica era prestada casi exclusivamente por el Asilo de Insanos, inaugurado en 1890 y conocido posteriormente como Asilo Presbítero Manuel Antonio Chapui. Algunas técnicas modernas de tratamiento fueron introducidas en esa época; así, la práctica de ciertas psicoterapias se inició en 1928 (Alvarado Quirós), la de la terapia electroconvulsivante en 1939 (Dr. G. González Murillo) y la de la insulinoterapia en 1959 (Dr. G. Arias Delgado). El Hospital Psiquiátrico contrató las primeras enfermeras graduadas en 1952, instauró el servicio social en 1955 y estableció el servicio de psicología clínica en 1957 . En 1941 se estableció la consulta de neurología y psiquiatría de la CCSS, que en 1976 pasó a ser la unidad de psiquiatría del Hospital Calderón Guardia, a lo que se sumó posteriormente la creación de unidades psiquiátricas en los hospitales regionales del país. El Hospital Psiquiátrico Chacón Paut, destinado a albergar pacientes crónicos, fue creado en 1952.

La relación que antecede pretende, más que hacer una síntesis de la historia de la atención psiquiátrica en el país, señalar su evolución en el tiempo, destacando como la principal institución prestadora de servicios en este campo se ha venido transformando en el curso de los años de una institución fundamentalmente manicomial en un centro de atención psiquiátrica que paulatinamente ha venido modificando sus políticas asistenciales para acercarse más a la comunidad.

Aspectos epidemiológicos

Entre los indicadores más utilizados para medir la salud mental de la población están las tasas de mortalidad por enfermedades mentales, homicidios y suicidios y las tasas de morbilidad calculadas con los datos derivados de la demanda psiquiátrica satisfecha. Sin embargo, la información disponible no permite obtener una visión precisa de la situación en lo referente a salud mental, lo que se debe en parte al subregistro, los hábitos diagnósticos de los proveedores de servicios y la falta de cobertura del sistema de atención psiquiátrica. Además de la información sobre la patología psiquiátrica propiamente dicha, el estudio de la frecuencia y distribución de problemas psicosociales que afectan a la población ayudan a formarse una idea más completa del estado de su salud mental. En otras secciones de este volumen se examinan los problemas relacionados con la fármacodependencia, la violencia intra y extrafamiliar, la agresión a la mujer, la niñez abandonada, las migraciones, los desastres naturales y otras problemas afines, cuyo estudio podría contribuir a delinear un cuadro más acertado de la situación.

Las investigaciones epidemiológicas proveen un método más seguro para estimar estos problemas. Sin embargo, las realizadas en el país en el campo de la salud mental no son siempre comparables, debido a diferencias en el diseño de las investigaciones, instrumentos utilizados y naturaleza de la población explorada. Hechas estas salvedades conviene citar

dos investigaciones que si bien no son del todo comparables, por obra de los factores mencionados, arrojan luz sobre el problema. Ambos estudios, separados por un lapso de 17 años, se basan en encuestas de hogares en muestras probabilísticas de la población general, utilizando un cuestionario como instrumento principal para la recolección de datos. La primera de ellas fue realizada por Adis Castro y asociados en una muestra de la población general, con submuestras urbana y rural (1967). El segundo estudio, publicado en 1984, fue llevado a cabo por Gallegos y Míguez en una muestra urbana. Ambos estudios examinaron la población adulta. Llama la atención que a pesar de las diferencias metodológicas entre esos estudios, los resultados globales fueron muy semejantes. Se encontró una prevalencia general (puntual) de psicosis de 2,9% en el primer estudio (urbano-rural) y de 3% en el segundo (urbano), lo que podría sugerir que la tasa de prevalencia de psicosis no varió significativamente en el lapso que medió entre ambos estudios. También impresiona que los valores encontrados son cercanos a los publicados en el resto del mundo. La investigación de Adis Castro mostró además tasas de prevalencia desagregadas para la esquizofrenia (0,4%), los trastornos afectivos (1,4%), los trastornos mentales orgánicos (1.1%) la epilepsia (1,5%) y el alcoholismo (2,27%). Llama la atención la alta frecuencia hallada para la epilepsia cuya tasa (2%), refleja un grave problema de salud pública.

Las dos investigaciones citadas estudiaron además la frecuencia con que la población presenta sintomatología que sin llegar a conformar trastornos psiquiátricos definidos son, no obstante, indicativos de sufrimiento psíquico y dan una idea de la magnitud de las alteraciones no psicóticas en las poblaciones estudiadas. El estudio urbano-rural (1970) reveló una tasa de prevalencia de síntomas neuróticos de 38,7% y de síntomas de trastornos de la personalidad de 10,1%. La investigación urbana (1984) mostró una prevalencia de síntomas neuróticos de 34%. La semejanza de las tasas de síntomas neuróticos lleva a reflexionar sobre el problema que representan esas perturbaciones, frecuentemente asociadas a problemas de adaptación e indicativos de alta vulnerabilidad psicológica. La investigación en población urbano-rural también reveló altas tasas de síntomas de ansiedad (16,6%), síntomas depresivos (7%) y reacciones psicofisiológicas (23,1%). Desafortunadamente no se han hecho estudios adicionales de seguimiento de ambas investigaciones. Una tercera investigación, hecha en una muestra de población universitaria, publicada en 1969, indicó también tasas muy elevadas de las tres condiciones citadas (24,8%, 5,4% y 11,9%, respectivamente).

Las estadísticas originadas en los centros de prestación de servicios, tanto de internamiento como de atención ambulatoria, reflejan en gran medida las políticas institucionales, la extensión de la cobertura y la accesibilidad de los servicios. Su utilización en estudios epidemiológicos es limitada. Sin embargo, su examen a lo largo del tiempo permite inferir cómo la atención psiquiátrica en el país ha venido evolucionando de un régimen predominantemente custodial a otro en el que paulatinamente empieza a ganar terreno la atención ambulatoria en el seno de la comunidad.

Salud mental en los últimos decenios

El marco referencial en el que se podría encuadrar la situación de salud mental del país en la segunda mitad del siglo, y en particular en el último decenio, puede delinearse teniendo en cuenta que:

- La población aumentó de 1.336.274 habitantes en 1963 (censo nacional) a 3.925.331 habitantes en el año 2000 (proyección censal) lo que representa un incremento de 294% en 37 años.
- En el mismo período se observaron cambios notables en las características demográficas, de mortalidad y morbilidad de la población, al igual que transformaciones socioeconómicas que influyen de manera diversa sobre la salud mental, modificando el perfil de morbilidad psiquiátrica, particularmente en relación con los trastornos de ansiedad, los síndromes depresivos y las conductas violentas.

En cuanto a la atención psiquiátrica, Gallegos hace notar que en 1963 se prestaron en el país 11.000 consultas externas psiquiátricas a lo que correspondió una tasa de 7,8 consultas por 1000. En el año 2000 el número de consultas fue 140.089, con una tasa de 36 consultas por 1000 habitantes. Se estima que en 1963 había aproximadamente 1250 camas en los dos hospitales psiquiátricos del país y que en el año 2000 su número era 1501, repartidas en los dos hospitales psiquiátricos y en los hospitales generales. En 1963 el total de admisiones psiquiátricas fue 2445, lo a lo que corresponde una tasa de 1,51 admisiones por cada 1.000 habitantes (Gallegos).

En el año 2000 hubo 5812 egresos, con una tasa de 1,41 egresos por 1000 habs . Ello significa que a pesar del aumento de la población y de la disminución de 200 camas (16%) en el lapso en consideración, la tasa de egresos prácticamente no se modificó, reflejo del aumento exponencial de las atenciones en consulta externa, y al mayor movimiento de camas psiquiátricas en el sistema.

A pesar que una alta proporción de la población del Hospital Nacional Psiquiátrico y la totalidad del Hospital Chacón Paut son pacientes crónicos, muchos de ellos sin trastornos psiquiátricos activos, las actividades de rehabilitación en ambos centros ha sido muy reducida y es apenas en los últimos años cuando han surgido algunas iniciativas promisorias. A fines de la década de 1990 el Hospital Chacón Paut puso en marcha un proyecto de psiquiatría comunitaria que comprendía la habilitación de hogares autónomos en el predio del hospital y un centro comunitario en la localidad de Tres Ríos, donde se atienden pacientes en régimen de atención diurna. Poco después el Hospital Nacional Psiquiátrico revivió el proyecto de hogares transitorios iniciado tres décadas antes, añadiendo cinco nuevas residencias autónomas e instaurando un activo programa de rehabilitación intrahospitalaria que incluye la capacitación de pacientes para la vida cotidiana y la preparación para la vida en la comunidad mediante el aprendizaje de destrezas sociales.

Varios sectores, liderados por el sector salud, han desarrollado desde hace varias décadas programas de atención de la salud mental del niño y el adolescente. La CCSS, mediante los servicios especializados del Hospital de Nacional de Niños y del Hospital Psiquiátrico brinda atención a niños y adolescentes con trastornos mentales, desequilibrios emocionales y problemas de conducta, la mayoría de ellos procedentes del área metropolitana. El Programa de Atención Integral del Adolescente de la CCSS, presta atención al adolescente y adulto joven mediante una red nacional de servicios incorporados en los niveles local (unidades locales de atención, EBAIS), regional y central. Asiste a los jóvenes tanto en la solución de problemas de salud física y mental como en los de carácter psicosocial.

En la segunda mitad del siglo ocurrieron cambios significativos en la atención psiquiátrica y en salud mental que marcaron el inicio de un proceso que, pese a la lentitud con que se está produciendo, señala el desarrollo de un nuevo esquema de atención. El giro observado en el sistema de asistencia psiquiátrica, orientado cada vez más a una atención más integral, que promueve los cuidados ambulatorios y estimula algunas acciones de fomento, prevención y rehabilitación, comenzó a gestarse poco antes de esta época. El Dr. F. Quirós Madrigal creó en 1938 la Sección de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, más tarde Departamento de Salud Mental, primera entidad estadal encargada oficialmente de desarrollar acciones de salud mental propiamente dicha. El Prof. F. Centeno Güell fundó en 1940 la Escuela de Enseñanza Especial; aproximadamente por la misma época la Prof .Lila Ramos organizó grupos de estudios sobre el Desarrollo de la Personalidad y en 1940 el Prof. Mariano Coronado conformó el Comité Nacional de Salud Mental, afiliado a la Federación Mundial para la Salud Mental.

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE), se creó en 1973, en obediencia a la Ley N° 5347. La función original del Consejo, establecida por la ley, era coordinar el conjunto de servicios de rehabilitación y educación especial existentes en el país. Su gestión comprendía también el desarrollo de programas de atención en las áreas de rehabilitación física, laboral, social y educativa (educación especial), cuyo conjunto se conocía como rehabilitación integral. En el transcurso de los años, a medida que algunos sectores han venido asumiendo las responsabilidades de rehabilitación en las áreas de su competencia (programas de educación especial, generación de empleos, detección de la sordera, prevención de la ceguera y rehabilitación de ciegos regulares) el Consejo ha disminuido sus actividades de atención directa en esos campos. La Ley de Igualdad de Oportunidades asigna responsabilidades específicas en materia de discapacidad a diferentes instituciones públicas y su reglamento confiere al ente rector en materia de discapacidad (CNREE) la función de organismo fiscalizador de las mismas. De esta manera, el Consejo ejerce en su plenitud las funciones de ente coordinador y fiscalizador de los diferentes servicios de rehabilitación a la vez que mantiene un grupo de funciones de atención directa. En 1980 el CNREE mantenía un registro nacional de minusválidos, un centro de documentación y programas de orientación, promoción de facilidades arquitectónicas, educación de la comunidad, legislación y capacitación de personal en el servicio que se mantienen activos. En 1999 se promulgó la Ley

No. 7972, relativa a los impuestos sobre licores y cigarrillos, que establece que el 5% de esos impuestos corresponden al CNREE para asistir a las personas discapacitadas en situación de abandono. Entre éstas se encuentra un considerable número de pacientes psicóticos, demenciados y retardados mentales. El Consejo ha desarrollado un programa de servicios de hogares sustitutos con varias modalidades, albergando y dando asistencia en ellos a personas minusválidas de variada naturaleza, entre ellas pacientes mentales.

Corresponde señalar que el movimiento en pro de la salud mental, que cobró su mayor ímpetu en la década de 1950 y años subsiguientes, no fue el fruto exclusivo de las iniciativas del sector salud. Tanto la sociedad civil como otros sectores públicos (educación, justicia, universidades del Estado, otras instituciones estatales no médicas y organismos no gubernamentales, entre otros) jugaron un papel relevante en los procesos hechos en este campo. Las actividades realizadas no se limitaron a la convocatoria de reuniones y la publicación de artículos divulgativos sino que dieron origen a diferentes programas educativos, asistenciales y de rehabilitación y en alguna forma promovieron la movilización de la comunidad y la toma de conciencia sobre los problemas psicológicos que la afectan. Conviene señalar que el bienestar del niño y la familia, particularmente en su dimensión psicológica, fueron metas prioritarias a cuyo alcance se dirigieron la mayoría de las acciones. Así se crearon escuelas para padres (que tuvo como precursora la creada en 1924), se impartieron cursos y seminarios para maestros, se ofrecieron charlas de orientación familiar y se creó la primera Clínica Neuropsiquiátrica Infantil. También fue tema de gran interés el problema de la dependencia del alcohol y otras, habiéndose establecido oficialmente en 1954 la Comisión sobre Alcoholismo, bajo el liderazgo de la Dra. Irma Morales de Flores.

Los servicios de educación especial se iniciaron en Costa Rica en 1940 con la creación de la Escuela de Enseñanza Especial mencionada antes. Para 1980 el Ministerio de Educación Pública ya tenía establecida en el país una red de servicios para niños con dificultades de aprendizaje, constituida por 350 aulas recurso que funcionaban dentro de las escuelas Se ofrecía además, asistencia a niños con retardo mental y trastornos emocionales, neurológicos y de discapacidad física y se dispensaban servicios preventivos y terapéuticos, entre ellos terapia de lenguaje, estimulación temprana y entrenamiento pre-vocacional. Para el año 2002 el Departamento de Educación Especial del Ministerio ha expandido y diversificado notablemente los servicios ofrecidos a la población escolar en necesidad de asistencia. Existen en el país 22 centros segregados de educación especial, 405 aulas especiales integradas en el sistema escolar y 831 maestros de apoyo que asisten en las aulas regulares a niños con necesidades educativas especiales. El número de niños con discapacidades asistidos por el sistema pasó de 54.225 en 1999 a 75.154 en el año 2001.

El Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud inició a partir de 1960 diferentes programas de índole preventiva y de promoción de la salud mental, entre ellos los de estimulación temprana, detección y tratamiento de la ansiedad, educación de la familia y orientación de padres y maestros. El traspaso de los hospitales psiquiátricos a la CCSS en 1974 significó un cambio en las responsabilidades en el campo de la salud mental: la CCSS asu-

mió la mayor parte de la asistencia psiquiátrica en tanto que el Ministerio de Salud siguió a cargo de las acciones de promoción y prevención en salud mental y algunas actividades asistenciales. Posteriormente se observó una disminución en las acciones directas del Ministerio que culminó con la desaparición del Departamento de Salud Mental en 1996, aunque la Unidad de Promoción de la Salud aún continúa operando algunos proyectos aislados de promoción de la salud mental.

Formación de personal profesional

Costa Rica se ha distinguido por el empeño puesto en la formación de personal idóneo en las disciplinas relacionadas con la salud mental, particularmente psiquiatría, psicología clínica, trabajo social y enfermería psiquiátrica.

La Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica fue fundada en 1942. Desde su inicio ha dado énfasis a los aspectos de salud mental, al trabajo comunitario y con las familias y a la rehabilitación de los pacientes en el seno de las comunidades. Actualmente trabajan en el país 175 trabajadoras(es) sociales colegiadas(os) de los que 16 laboran en el Hospital Nacional Psiquiátrico y dos en el servicio de psiquiatría del Hospital Calderón Guardia. El Hospital Chacón Paut no emplea trabajadores sociales.

El programa de residencia psiquiátrica, con sede en el Hospital Psiquiátrico Nacional y avalado por la Universidad de Costa Rica, se inició en 1963, habiendo graduado hasta el año 2000 un total de 179 especialistas, de los cuales 33 procedían del extranjero, la mayoría de Centroamérica . Actualmente los servicios psiquiátricos de la CCSS cuentan con 80 psiquiatras, de los cuales 4 están en el nivel central, 28 en hospitales psiquiátricos y los 48 restantes en hospitales generales y clínicas de salud.

En 1967 la Universidad de Costa Rica creó el Departamento de Ciencias del Hombre con tres secciones, una de ellas, la de psicología, se transformó en Escuela de Psicología en 1977. La especialización en psicología clínica se inició en 1965, en el servicio de psicología clínica del Hospital Nacional Psiquiátrico, mediante un programa de residencia que pasó a formar parte de los programas de post-grado del CENDEISS de la CCSS en 1979 . Hasta la fecha han graduado 72 psicólogos clínicos de los cuales 22 trabajan en el sistema de servicios de salud. Los estudios en la Escuela de Psicología hicieron inicialmente énfasis en la los aspectos de psicología clínica y posteriormente ampliaron sus áreas de interés reforzando los campos de psicología social y comunitaria. La Escuela de Psicología otorga grados de bachillerato, licenciatura y maestría. Para el año 2002 había 2.050 profesionales inscritos en el Colegio de Psicólogos de Costa Rica.

El Hospital Nacional Psiquiátrico ofreció entre 1973 y 1984 un curso postbásico en enfermería psiquiátrica de un año de duración en el que se graduaron 66 enfermeras. Posteriormente, al incorporarse la Escuela de Enfermería a la Universidad de Costa Rica, se instituyeron cursos de licenciatura en enfermería psiquiátrica, habiéndose graduado 105 licenciadas en enfermería psiquiátrica entre los años 1990 y 2001. Llama la atención que de las

171 enfermeras capacitadas en psiquiatría sólo 40 laboran en la red de servicios psiquiátricos del estado.

El Centro de Estudios de Post-grado de la Universidad de Costa Rica ofrece un curso de maestría en rehabilitación integral y ha graduado desde 1984 aproximadamente un centenar de especialistas en este campo.

Es de notar el papel desempeñado por el Hospital Nacional Psiquiátrico en la formación de personal especializado. Tanto las enfermeras psiquiátricas como una buena proporción de los psicólogos clínicos formados en los tres últimos decenios del siglo tuvieron al hospital como sitio de estudio y fuente de experiencia profesional, habiendo adquirido una sólida formación clínica. Dada las características de los cuidados ofrecidos por el Hospital Psiquiátrico, las oportunidades para familiarizarse en la práctica con acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades mentales no fueron tan numerosas y variadas como las dadas por los aspectos clínicos de la asistencia.

En el caso de la formación de psiquiatras, ésta ha transcurrido hasta la fecha principalmente en el hospital psiquiátrico, donde si bien es patente la excelencia clínica de la enseñanza, el contacto con la comunidad ha sido limitado y el intercambio con las otras ramas de la medicina y con las ciencias sociales escaso. En la década de 1970 la vinculación de los residentes con la comunidad era de cierta importancia, pero ésta disminuyó paulatinamente, a medida que la CCSS destacó psiquiatras en los hospitales regionales, periféricos y clínicas metropolitanas.

Investigaciones

Al igual que en el resto de América Latina, en Costa Rica se despertó a partir de la década de 1970 un interés singular entre los profesionales de las ciencias de la conducta por las investigaciones en salud mental. Adis Castro, quien dirigió importantes estudios en este campo, escribió repetidamente sobre el tema (1969, 1970, 1983, 1994), señalando la importancia para el país del apoyo a las investigaciones socioculturales, psicosociales y epidemiológicas cuyos resultados podrían utilizarse en beneficio de la colectividad. Los numerosos estudios sobre los temas señalados por Adis Castro dan cuenta del interés presente en el ánimo de los investigadores. Entre ellos sobresalen los de carácter epidemiológico, citados antes. Son dignos de mención tres centros impulsores de estos estudios: el servicio de psicología clínica del Hospital Nacional Psiquiátrico, creado en 1957, el Centro, posteriormente Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica fundado en 1963 y la Escuela de Psicología de la misma universidad.. La mayor parte de las investigaciones clínicas han sido realizadas en el Hospital Psiquiátrico, en tanto que muchas de las de carácter psicosocial han sido patrocinadas por las otras dos instituciones mencionadas. Se han realizado estudios sobre actitudes, retardo mental, suicidio e intento de suicidio, psiquiatría y psicología comunitaria, epidemiología psiquiátrica, factores psicosociales, terapias psicológicas y biológicas y factores genéticos, entre otros.

Políticas, planes y programas. Marco legal

Se puede afirmar que Costa Rica no dispuso en el siglo pasado de una política de estado en salud mental capaz de sobrevivir los cambios propuestos por las diferentes administraciones. Algunos documentos elaborados por comisiones, convocadas o lideradas casi siempre por los departamentos de salud mental, tenían en ocasiones capítulos en que se exponía cuál debiera ser la política oficial, pero constituían más bien declaraciones de intenciones. Existía, ciertamente una política implícita de atención psiquiátrica, pero ésta estaba basada casi siempre en el uso y costumbre antes que en un instrumento legal que le diera sostén. Asís Beirute estudió en 1984 el estado de los programas de salud mental del Ministerio de Salud señalando la ausencia de una política nacional a pesar de que el Plan Nacional de Desarrollo vigente ofrecía las bases para su formulación, al igual que el Plan Nacional de Desarrollo 1998-2002. Roig cita la siguiente declaración que revela las políticas institucionales vigentes en la CCSS en 1980: "Todos los esfuerzos en el área de salud mental estarán dirigidos a la obtención de esfuerzos unitarios en la prestación de servicios psiquiátricos". Las acciones tomadas por la CCSS desde entonces son, no obstante, indicativas de un cambio implícito en sus políticas, que han favorecido acciones de atención psiquiátrica comunitaria y, en menor escala, actividades de promoción de la salud mental.

A pesar de la ausencia de políticas nacionales se han producido en el país en los cuatro últimos decenios un número apreciable de planes y programas de salud mental entre los que se distinguen: el Programa para la Construcción del Hospital Nacional Psiquiátrico en la localidad de Pavas (1964) ; el Proyecto de un Programa Nacional de Salud Mental elaborado por OFIPLAN (1976); los Subprogramas de Salud Mental del Ministerio de Salud , (1978); el Manual de Organización de los Servicios de Salud Mental de la CCSS (1980); el Plan Nacional de Salud Mental elaborado conjuntamente por el Ministerio de Salud y la CCSS , (1985); el Plan Organizacional en Salud Mental y Atención Psiquiátrica (1995) y el Programa de Salud Mental SALMEN (1996).

Algunas de las acciones consideradas en los planes y programas enumerados llegaron a cumplirse parcialmente, pero ninguno llegó a ejecutarse en un plano nacional. Diversos factores han influido en la suerte que cupo a tan encomiables esfuerzos, entre ellos sobresale el hecho de que no hubo una conjugación estrecha, aunque tampoco se presentaron incompatibilidades, con los planes generales de salud y los planes generales de desarrollo. Los planes y programas presentados fueron en realidad la primera fase de un proceso que no llegó a cristalizar por falta de apoyo, de allí que en la mayoría de los casos no tuvieron un seguimiento. En una segunda etapa los planes deberían haberse desarrollado en programas operativos en los que se expusiera en detalle proyectos, acciones y actividades, se determinaran los recursos necesarios, se fijaran metas y se establecieran criterios de evaluación. En muchos casos fue quizás la falta de una voluntad política para realizar los cambios, aunada a la falta de recursos para su implantación, el factor determinante de la vida efímera de las propuestas.

Los planes estudiados tienen muchos rasgos en común. Presentan unanimidad de criterio en cuanto apoyan las políticas de descentralización y desconcentración promovida por el Estado y suscriben los principios de accesibilidad, universalidad de la cobertura, solidaridad y equidad que rigen los programas nacionales de salud. Los planes más recientes han manifestado su apoyo a los postulados de la Declaración de Caracas y a los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Salud Mental. Congruentes con esos documentos y otros pronunciamientos tanto nacionales como internacionales, los planes propuestos han favorecido la reestructuración de la atención psiquiátrica y la promoción de acciones de salud mental en las comunidades, mediante el establecimiento de servicios psiquiátricos en hospitales generales y centros de salud, la salvaguarda de los derechos humanos de los pacientes mentales, la protección de grupos vulnerables, en especial niños, mujeres y ancianos, la intersectorialidad de los programas de salud mental, la atención mediante equipos multidisciplinarios y la promoción de la rehabilitación.

Algunos planes nacionales han sido respaldados en todo o en parte por decretos ejecutivos. No obstante, las acciones necesarias para su cumplimiento no han llegado a ejecutarse o lo han sido sólo parcialmente. El decreto ejecutivo N° 20665-S del 25 de junio de 1991, reconoce la psiquiatría como la quinta especialidad básica, anuncia la ejecución del Plan Nacional de Salud vigente para la fecha, respalda la reestructuración del sistema de atención psiquiátrica y apoya el desarrollo de acciones de la salud mental y de prevención de los trastornos mentales. El decreto ejecutivo N° 23984-S, del 17 de febrero de 1995 incorpora los principios de la Declaración de Caracas y manifiesta que "la atención psiquiátrica integral trasciende el hospital psiquiátrico y pretende integrar en forma paulatina una red de servicios integrados en la comunidad"; prescribe que todos los hospitales generales del país deberán prestar servicios de atención a los pacientes mentales y que 5% de su capacidad instalada deberá ser dispuesta para tal fin. La Asamblea Legislativa promulgó en 1996 la "Ley de Igualdad de Oportunidades" que garantiza a los discapacitados, entre ellos los mentales, la accesibilidad al trabajo, la educación, los servicios de salud, la rehabilitación y la educación, así como también a los medios de transporte, la cultura, el deporte y la recreación. Desafortunadamente, las disposiciones no han llegado a cumplirse del todo.

Además de los instrumentos jurídicos nacionales que pueden servir de fundamento para un plan efectivo de salud mental, existen los diferentes acuerdos internacionales de los que Costa Rica ha sido signataria, entre ellos la Declaración de Caracas y los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales, citados antes.

Perspectivas y desafíos

- La falta de una política nacional de salud mental que apoye planes y programas y asegure su implementación y garantice su sobrevivencia es una situación que debe ser corregida. No basta la promulgación de leyes o decretos ejecutivos sino que además es menester adoptar medidas concretas para su implementación.

- La ausencia de coordinación de los programas de salud mental tanto en el plano intrasectorial como en el intersectorial compromete su ejecución y obstaculiza su efectividad. Es de particular interés que el Departamento de Salud Mental de la CCSS aúne esfuerzos y combine recursos con las otras dependencias de la CCSS y del Ministerio de Salud relacionadas con la salud mental, en especial con los programas de atención materno-infantil, promoción de la salud y fomento de estilos de vida saludables, salud del trabajador y atención del anciano. Por otra parte, se deberá propiciar el fortalecimiento de vínculos y coordinación de acciones con programas afines de otros sectores, especialmente con los de educación, justicia, trabajo, seguridad pública, cultura y ambiente.

- La participación del sector privado, tanto en la planificación como en la ejecución de los programas de salud mental es una estrategia que las autoridades de salud podrían utilizar efectivamente, tanto en el plano local como en el nacional. Los cambios iniciados en la administración de los programas hacen prever que en el futuro se recurrirá cada vez más al concurso de las usuarios y comunidades, los organismos no gubernamentales, y en general, la sociedad civil.

- Los cambios demográficos, socioeconómicos y ambientales que está experimentando el país probablemente van a influir tanto en la patología psiquiátrica que afecta a la población como en su calidad de vida. Esta situación, común con la de muchos países de América Latina, representa un importante desafío en el mediano plazo. Se prevé un aumento significativo de los procesos demenciales y trastornos psicóticos debido al incremento de los grupos de edad en riesgo. Según subraya Levav , ante estos cambios en las patologías "las metas de salud no podrán ser alcanzadas a menos que se implementen políticas y programas creativos respaldados por una decidida voluntad política".

- La descentralización gradual de los servicios de salud mental y atención psiquiátrica requieren, no sólo un aumento de recursos sino también la redistribución de los existentes. El incremento progresivo de los servicios ambulatorios y otras formas alternativas de atención, permiten predecir una extensión de estos servicios a las comunidades de menor tamaño y la reformulación del papel de los hospitales psiquiátricos para transformarlos en centros de tratamiento de pacientes agudos cuya condición sea de difícil manejo en los hospitales generales y centros de salud.

- La rehabilitación de enfermos mentales crónicos es una actividad hasta la fecha muy limitada en los centros prestadores de servicios, situación que es preciso corregir. Se

puede predecir un incremento considerable de los programas de rehabilitación recientemente iniciados en los hospitales psiquiátricos, especialmente la multiplicación de los hogares transitorios, talleres protegidos y otras formas de rehabilitación y resocialización fuera del ámbito de las instituciones.

- Para alcanzar efectivamente la universalización de la atención psiquiátrica es necesario llevar la asistencia hasta las comunidades más remotas. Los programas tienen frente a si el desafío de proveer servicios básicos a todas las localidades. Se anticipa que los trabajadores primarios de salud y los médicos y enfermeras de primera línea serán capacitados para detectar y dar asistencia inmediata a las personas que presenten problemas mentales en las áreas de su jurisdicción. El sistema de servicios psiquiátricos en los niveles secundario y terciarios estarán capacitados para darles el apoyo pertinente.

- La promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos y desajustes mentales es una provincia olvidada de los planes y programas. Por otra parte, es tarea que no incumbe exclusivamente al sector salud por cuanto involucra, además de los aspectos exclusivamente genéticos, psicológicos y psicosociales, factores económicos, ambientales, educativos, laborales y judiciales, entre otros. Es de esperar que en el futuro todos los sectores comprometidos unan sus esfuerzos para realizar programas que efectivamente corrijan las condiciones del medio que se oponen al equilibrio mental y se llegue a superar la etapa de declaración de intenciones.

4. Avances costarricenses en materia de drogas

*Federico Ugalde Montero**
*Huberth Blanco Lizano***

Las primeras preocupaciones estatales vinculadas con el control del consumo de drogas se presentaron a fines de los años veinte, cuando se estableció una Comisión del Colegio de Medicina y Farmacia, junto con la emisión de tres decretos vinculados al uso restringido del

*Estadístico y Epidemiólogo. Investigación. IAFA.
**Historiador. Control de Publicidad. IAFA

opio y sus derivados, la heroína y la marihuana. Esta Comisión resolvió terminar con la importación legal de drogas por parte del sector privado, y crear un monopolio del Estado, dirigido por la Junta de Drogas Estupefacientes.

En la parte preventiva, se inicia en el año de 1925 la instrucción obligatoria en escuelas y colegios públicos y privados sobre los efectos del alcohol y el alcoholismo. En 1929, se elaboró la "Cartilla Antialcohólica" por parte de los miembros de la Liga Antialcohólica y algunos educadores. Siete años después se estableció la Ley Sobre Venta de Licores, que incluyó la necesidad de regular la publicidad de bebidas alcohólicas.

Durante la década de los años cuarenta, la principal actividad en materia de drogas fue el tratamiento de los alcohólicos con la creación del Comité de Higiene Mental, el grupo de Alcohólicos Anónimos y el Comité Anti-Alcohólico en 1948.

En 1954 se creó la Comisión Sobre Alcoholismo, que tuvo a su cargo la lucha contra el alcoholismo con diferentes programas de investigación, tratamiento y prevención. Durante la segunda mitad de la década de los años cincuenta, dicha Comisión creó Comités de Cooperación Comunal a lo largo del país, dando especial énfasis a las fortalezas de la familia y a los esfuerzos comunales e institucionales contra el alcoholismo. La entonces denominada "Oficina Sanitaria Panamericana" (OPS) apoyó fuertemente campañas preventivas a inicios de los años 60 y, en 1972, firmó con el Gobierno de Costa Rica la creación del primer Centro de Estudios sobre Alcoholismo (CESA) a nivel Latinoamericano.

En la década de los sesenta se realizaron tres seminarios nacionales centrados en el tema del alcoholismo; se aprobó la primera ley de impuestos a los cigarros y licores, cuyo destino sería principalmente los programas de tratamiento y prevención de la Comisión sobre Alcoholismo.

La Ley Orgánica Nº 5412 del Ministerio de Salud creó en 1972 el Instituto Nacional Sobre Alcoholismo (INSA), que sustituyó para todos los efectos a la Comisión Sobre Alcoholismo. Este cambio buscó reforzar el marco institucional para que respondiera a las necesidades del país asignándole como funciones la investigación, prevención y lucha contra el alcoholismo, y amplió los objetivos de la Institución al incluir la coordinación de los programas públicos y privados orientados a la prevención y lucha contra el alcoholismo. Dentro de los hechos más relevantes del INSA estuvieron la publicación de la Ley Nº5489, de 1974, referente al control y regulación de la publicidad de bebidas alcohólicas, prevista desde la Ley de Licores de 1936, y el inicio del programa de prevención a nivel nacional, con un fuerte énfasis en la parte comunal, el cual se desarrolla hasta nuestros días.

En mayo de 1976 se inauguraron el Centro de Rehabilitación para Enfermos Alcohólicos y el edificio de las Oficinas Centrales del INSA. Posteriormente, el Centro de Rehabilitación de Enfermas Alcohólicas (CREAM) se dedicó a investigar el consumo de alcohol en la población femenina.

En 1978, se estableció la Clínica Infanto-Juvenil que consistió en un programa de tratamiento a niños hijos de padres y madres alcohólicos. Este mismo año, con el respaldo del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares se aprobó el Programa de Prevención Escolar para el I y II Ciclo.

A lo largo de esos años existió una constante búsqueda de nuevos conceptos en el campo de la salud y el alcoholismo, comprendiendo sus dimensiones en el ámbito individual, familiar, social y económico. Igualmente constante fue la lucha por dotar de los recursos financieros y humanos al INSA.

A partir del 12 de marzo de 1986, con la promulgación de la Ley Nº 7035, se creó el Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), sucesor del INSA para todos los efectos legales. Se le asignan como funciones principales la prevención, investigación, tratamiento y rehabilitación del alcoholismo y la farmacodependencia. Con ello se pretendió ampliar la cobertura y el ámbito de acción del Instituto al incluir el consumo de las diferentes drogas en nuestro país, lícitas e ilícitas, debido a la situación generada en torno al consumo de las diferentes drogas, tanto a nivel nacional como internacional. Además, le corresponden la coordinación de los programas públicos y privados orientados a los mismos fines del Instituto, y la regulación y control de la publicidad relacionada con bebidas alcohólicas.

El Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, IAFA, es la institución gubernamental encargada de enfrentar el fenómeno de la drogadicción y el alcoholismo en Costa Rica que se dedica a prevenir, investigar y conocer el fenómeno droga, sino que también asume la tarea de tratar al adicto y lograr su rehabilitación e inserción familiar y social, cuando esto sea necesario.

El IAFA tiene como sus principales objetivos:

- Autorizar, regular y supervisar los servicios de tratamiento, rehabilitación y prevención que desarrollen otros centros públicos y privados en el campo de las drogas.
- Controlar y regular la publicidad de bebidas alcohólicas para contribuir en la prevención del uso de drogas lícitas. Además, apoya técnicamente a la Oficina de Control de Publicidad de Tabaco, del Ministerio de Salud.
- Promover la creación de leyes con el fin de controlar la producción y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Estudiar e investigar continuamente la situación nacional para producir acciones que den respuesta al fenómeno droga.
- Realizar programas de prevención contra las drogas y de promoción de la salud para el pueblo costarricense.

En 1988 es IAFA es reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como centro colaborador en la investigación y adiestramiento de los problemas relacionados con el alcoholismo y otras drogas para América Latina.

Fruto de las políticas y estrategias en la prevención del consumo de drogas ha sido la capacitación a orientadores, profesores y agentes multiplicadores, lográndose una cobertura de más de 400.000 personas hasta el año 1999. En la actualidad existen unas 70 organizacio-

nes no gubernamentales (ONG) acreditadas por el IAFA, las cuales generaron más de 8 000 egresos de pacientes recuperados en el año 2000.

En materia de tabaco entre 1971 y 1980 se cubrieron diversos aspectos con el objetivo de establecer medidas tendientes a favorecer la salud pública tales como prohibir la publicidad no autorizada por el Ministerio de Salud, prohibir el fumado en los sitios públicos incluidos los lugares de trabajo y el transporte de personas; y prohibir la venta de tabaco a menores de edad.

En 1995 con la Ley Reguladora del Fumado se fortalecieron las directrices en esta materia en tanto que solo por ley se pueden definir restricciones a las libertades individuales, y en esta misma normativa se creó el actual Consejo de Control de la Publicidad de Tabaco que aplica las restricciones que rigen en materia publicitaria.

Con la reforma del Estado costarricense en 1997, el IAFA renueva su estructura y con ello se plantea que será una organización que facilita y desarrolla una estrategia que permita brindar una respuesta concertada con los diferentes actores sociales al fenómeno droga, ejecutando programas sostenibles para que promuevan el desarrollo humano y contribuyan a mejorar la calidad de vida de la sociedad.

Situación de algunas drogas ilícitas y lícitas

La prevalencia de vida de consumo de drogas ilegales en 1995 es prácticamente la misma de 1990 (4%). En un estudio sobre consumo de drogas en Costa Rica del IAFA, se determinó algunas variaciones importantes en el período 90-95 respecto al número de personas que ya consumían e incrementaron su consumo.

El consumo de drogas ilícitas está focalizado fundamentalmente en los varones. En las mujeres, el consumo de marihuana, "crack" y cocaína no supera el 8% del total de consumidores. La proporción de consumidoras activas de marihuana es de 10% del total y no se registró consumo actual de "crack" ni de cocaína.

La encuesta nacional de 1995 revela una prevalencia vitalicia de consumo de tabaco del 35,2% y de psicofármacos por autoprescripción de 2,2%, alcohol fue de 62,3%, inferior a la de 1990, en tanto que marihuana, cocaína y "crack" presentaron prevalencias iguales al 90, 3,9%, 0,9% y 0,4%, respectivamente. La encuesta del 2000 reveló una prevalencia de 30,0% en tabaco, 54,3% en alcohol, 5,5 en marihuana, 1,8 en cocaína.

Datos comparativos del consumo de drogas en Costa Rica desde 1990 al año 2000

Indicador	1990	1995	2000
Prevalencia de vida en alcohol	66,0	62,3	54,3
Prevalencia de vida en tabaco	33,0	35,2	30,0
Prevalencia de vida en marihuana	3,9	3,9	5,5
Prevalencia de vida en cocaína	0,5	0,9	1,8
Prevalencia activa de alcohol (1)	27,4	24,8	26,6
Prevalencia activa de tabaco	18,7	17,5	15,8
Edad de inicio en el consumo de alcohol	17,1	18,0	17,2
Edad de inicio en el consumo de tabaco	16,5	16,8	16,3

(1) Prevalencia del último mes
Fuente: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2001). Estudios Nacionales sobre consumo de Drogas, 1990,1995 y 2000. San José, Costa Rica.

Diferentes estudios en poblaciones estudiantiles desarrollados entre 1976 y 1992, señalan que la prevalencia general de consumo de alcohol osciló entre un 40% y un 60%, en tanto la de drogas ilícitas entre un 3,5% y un 5,6%. La investigación en el estudiante costarricense de 10º y 11º años, efectuada en 1993, puso de manifiesto una prevalencia general de consumo de alcohol de 64,4%, de tabaco igual a 32,8%, de tranquilizantes de 6,6%, de marihuana equivalente a 2,2% y de cocaína de 0,8%.

Medicamentos

El consumo de medicamentos tranquilizantes en Costa Rica es un tema de creciente preocupación. Las benzodiacepinas fueron introducidas en 1960 y a partir de ese momento han sido consumidas de manera importante por sus beneficios terapéuticos, especialmente como tranquilizante, relajante muscular y anticonvulsivo, lo que ha provocado su rápida extensión. Una investigación en el país sobre los benzodiacepínicos (diazepán, bromazepán y lorazepán, principalmente), determinó 2,2% de prevalencia general de consumo indebido (aquel en el cual no medió una receta médica para su empleo) en 1995. IAFA considera cerca de 30.000 costarricenses consumidores recientes de medicamentos tranquilizantes. Al comparar esta situación con la prevaleciente en 1990, se puede afirmar que ha habido un aumento significativo, dado que, a inicios de la década, el consumo sin receta médica fue practicado por un 0,88% de la población entre 12 y 70 años de edad.

El consumo activo de tranquilizantes es mayor en las zonas urbanas que en las rurales y, principalmente, en la provincia de San José. Cinco de cada diez consumidores de alguna

vez en la vida tienen más de 39 años y, en este mismo grupo de edad, se concentra un 30% de los usuarios activos. De las amas de casa que alguna vez consumieron tranquilizantes, un 44% presenta la condición de consumidora activa. Entre los consumidores de alguna vez en la vida, dos terceras partes refirieren estados de tensión y ansiedad de tres o más veces por semana durante el último año, la proporción se eleva a 77% entre los consumidores activos de tranquilizantes. Tanto unos como otros son fumadores activos de tabaco.

El consumo de tranquilizantes se da predominantemente en personas con ingresos medios, que iniciaron a una edad promedio de 31,7 años. Las factores que motivan el consumo son: ansiedad, problemas para dormir y situaciones familiares diversas (44, 28 y 22%, respectivamente).

La situación varía con los medicamentos estimulantes, pues se necesita una receta especial de psicofármacos. La prevalencia de vida de los estimulantes sin prescripción disminuyó más de tres puntos porcentuales de 1990 a 1995 (1,2 %). La mayoría de los que consumieron estimulantes alguna vez en su vida residen en áreas urbanas y una tercera parte en la provincia de San José. Contrariamente al comportamiento del consumo de benzodiacepinas, son menos las mujeres (32,4%) que utilizan estimulantes, en tanto casi tres cuartas partes de los consumidores activos son varones.

Un 28.6% de los consumidores de medicamentos estimulantes, refirieron la necesidad de soportar la situación laboral, aspecto que no debe pasar inadvertido. Se ha determinado que los consumidores activos de estimulantes, en su totalidad, también son consumidores activos de tabaco.

Alcohol

En 1970 se efectuó la primera Encuesta Nacional sobre Hábitos de Ingestión de Bebidas Alcohólicas, cuyos resultados indicaron que la ingestión de alcohol se genera mayormente en el seno familiar, el 56,5% de los bebedores excesivos inician su consumo entre los 10 y 19 años y el 33,0% de los alcohólicos lo hacen entre los 10 y 14 años. Tres décadas después, el Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas del 2000 evidencia que el 58,6% de los bebedores lo hacen en lugares públicos (bares, restaurantes, discos), el 82,3% de los bebedores excesivos inician su consumo entre los 10 y 19 años, pero el porcentaje de bebedores alcohólicos se mantuvo estable (32,9%).

En el período 1990-1995 se refleja un incremento importante del consumo de cerveza con respecto a otros destilados, pues pasó de 33,5% en 1990 a 53,0% en 1995.

Tabaco

Se ha observado un aumento en el número de fumadores nuevos, es decir, personas jóvenes y una disminución en los consumidores activos; lo cual estaría indicando un efecto significativo de la promoción del consumo mediante campañas y un efecto igualmente importante, de la publicidad preventiva sobre los fumadores.

La edad de inicio en el fumado continúa siendo un tema de honda preocupación y aunque los varones siguen siendo el grupo de mayor consumo, preocupa el consumo femenino por sus implicaciones. En 1995 más mujeres refieren haberse iniciado entre los 13 y 15 años de edad. El 35.2% de la población de 12 a 70 años ha fumado tabaco alguna vez en la vida. De esas personas, el 75.6% corresponde a varones y el 24.4% a mujeres. Cinco años antes la prevalencia de vida era de 33%, pero el consumo reciente (último año, último mes) alcanzaba mayores proporciones.

Desafíos

Durante el siglo XX nuestro país ha tenido importantes logros en materia de drogas, sin embargo el IAFA debe consolidar el liderazgo institucional en la gestión del conocimiento, diseño y ejecución de la estrategia nacional para brindar una respuesta concertada al creciente consumo de drogas y contribuir así al mejoramiento de la calidad de vida de los costarricenses en el nuevo milenio.

Por otro lado, la adecuada asignación de recursos que aseguren la calidad de los servicios vinculados a los programas de prevención, investigación y tratamiento del consumo de drogas, deben constituir una prioridad nacional. Así, por ejemplo, las "Clínicas de Cesación" y los programas de prevención en Centros Educativos, deben ampliarse y fortalecerse, para brindar más opciones en materia de cesación del fumado.

Finalmente, es importante que las instancias vinculadas al consumo de drogas, fortalezcan las restricciones en materia publicitaria para la promoción y consumo del alcohol y el tabaco.

5. Control y prevención de las enfermedades perinatales

*Dr. Braulio Alfaro Briansó**
*Dr. Gerardo Escalante López***

Evolución histórica

Los antecedentes del área obstétrica, neonatal y perinatal en Costa Rica se remontan al siglo IXX cuando en 1890 se creó la primera casa de maternidad, que en 1912 se llamó Ma-

**Neonatólogo, Jefe Clínica Servicio Neonatología Hospital Nacional de Niños*
*** Perinatólogo, Director Postgrado Neonatología*

ternidad Carit. En 1958 comenzó a funcionar como hospital especializado en gineco-obstetricia y en la actualidad se le definió como el Hospital de las Mujeres.

En 1941 se crea el Hospital Calderón Guardia, inicialmente como un consultorio de Medicina General, luego adquiere el Edificio de la Casa Cuna comenzando sus funciones en noviembre de 1943 con el nombre de Policlínico del Seguro Social; en noviembre de 1972 cambia el nombre a Hospital Calderón Guardia, contando actualmente con 73 camas de obstetricia y 26 de neonatología.

En 1952 en el Hospital San Juan de Dios (HSJD) se abre el primer servicio de prematuro, convirtiéndose en hospital pionero en alojamiento conjunto y atención del neonato en sala de partos.

1969 Hospital México se inauguró como el hospital más moderno y mejor dotado de la Caja, con 60 camas de Obstetricia y 26 de Neonatología

Para 1980 se funda la primera Unidad de Medicina Materno Fetal en el Hospital Máx. Peralta, iniciativa impulsada por el Dr. Gerardo Escalante López.

Un año después (1981) se realiza la primera transfusión fetal intrauterina exitosa y en 1983 la primera Amniocentesis Genética para estudio cromosómico.

Los esfuerzos por contar con una nueva Unidad de Medicina Materno Fetal en el Hospital Calderón Guardia se materializaron en 1985. Es desde esta Unidad que se impulsa la creación en 1994 del Postgrado en Medicina Materno fetal, para la formación de perinatólogos en Costa Rica, a la fecha se han formado 30, de los cuales 16 son extranjeros y 14 nacionales. Este postgrado tiene su sede en el Hospital Calderón Guardia y se coordina con CENDEISSS y la Universidad de Costa Rica.

Neonatología

En 1952 se establece por primera vez un Servicio de Prematuros en la sección de Pediatría del Hospital San Juan de Dios a cargo del Doctor Rodrigo Loría Cortes. Dos años después, en 1954, se publica el primer reporte de una exanguineotransfusión efectuada en el país.

En 1964 al inaugurarse el Hospital Nacional de Niños, la Doctora Carmen Moya S. se hace cargo del servicio de Prematuros, y se incorpora en el Colegio de Médicos en 1968 como Neonatóloga siendo la primera persona con esa especialidad.

En 1966 el Doctor Manuel Flores C. diseña y utiliza por primera vez un aparato de fototerapia y en 1969 se publica por primera vez la "Guía para el manejo del recién nacido"

En la década de los años 70, se inician los primeros servicios de Neonatología en las Maternidades del área metropolitana (1973), se comienza el Cuidado Intensivo Neonatal en el Hospital Nacional de Niños (1975) y para 1979, se empieza el Curso de Post Grado en Neonatología, además un sistema de transporte neonatal y se publican las normas del Servicio de Neonatología. A la fecha el programa de post grado en Neonatología ha formado 80 neonatólogos, 66 nacionales y 14 extranjeros.

En 1992 se empieza a utilizar el factor surfactante exógeno como terapia de la enfermedad de membrana hialina, usándose actualmente en todas las maternidades. En 1998 se comienzan a aplicar nuevas modalidades ventilatorias como ventilación de alta frecuencia y medidas terapéuticas como la administración de oxido nítrico. Y para 1999, se logra contar con una ambulancia especializada para transporte neonatal e incubadoras especializadas.

Situación

El periodo perinatal comprende desde la semana 22 (154 días) de gestación hasta los primeros 7 días posterior al de nacimiento. La mortalidad en este periodo sigue siendo en la mayoría de los países del mundo un componente de la mortalidad infantil que no ha sido posible reducir, esta relacionado con la calidad de vida, educación preconcepción, la atención del embarazo, parto y de los recién nacidos

En Costa Rica la disminución en las muertes asociadas a enfermedades infecciosas y parasitarias de 1970 a 1980 provoca una elevación porcentual de las muertes atribuidas a afecciones perinatales, que se incrementa de 17,9% a 40,5% y aun más para el 2001 al 50%. Las muertes asociadas a anomalías congénitas aumentaron en el mismo periodo de 4,5% a 19,6% siendo para el 2001 el 33%. Ambas causas suman el 83% de la mortalidad infantil para ese año en Costa Rica.

La tasa de mortalidad neonatal (desde los 8 días de nacimiento hasta los 28 días de edad) se reduce una tercera parte de su valor inicial al pasar de 25,2 en 1970 a 11,2 en 1980 llegando a 7,4 en el año 2001, con poca variación en los últimos años.

Desafíos

El campo donde se podría lograr una mayor reducción de defunciones potencialmente prevenibles sería por afecciones perinatales y en menor número en las anomalías congénitas.

El control de las afecciones perinatales requerirá de la puesta en práctica de estrategias integrales relacionadas con la planificación familiar, el mejoramiento de la calidad del control prenatal y parto, la reducción del bajo peso al nacer, entre otras, de manera que se prevengan y detecten oportunamente los factores de riesgo de patologías perinatales y por lo tanto, sea menor el número de casos que se maneje con patologías de origen perinatal, sus complicaciones y secuelas.

Se sabe que utilizando el criterio de "Riesgo perinatal" es posible identificar hasta un 60% de las madres embarazadas en las cuales el recién nacido va a necesitar asistencia neonatal especializada en hospitales de nivel III (transporte in útero). El restante 40% de los problemas perinatales y los que tienen lugar en el curso del parto, no son predecibles y tienen que ser atendidos en el lugar y ser trasladados a unidades de cuidado intensivo neonatal jugando un papel muy importante las condiciones del transporte para la sobrevida de ese recién nacido.

Estrategias y propuestas

- Consejería en salud sexual y reproductiva con énfasis en adolescentes.
- Mejorar la cobertura y calidad de atención prenatal, parto y atención del recién nacido
- Mejorar la captación temprana del embarazo de alto riesgo y su referencia oportuna a los centros hospitalarios con mayor capacidad resolutiva.
- Asegurar la atención de emergencias obstétricas y neonatales, con recursos humanos capacitados durante las 24 horas.
- Aplicación de las normas o guías de manejo en el embarazo de alto riesgo.
- Establecer mecanismos de coordinación entre obstetricia y neonatología.
- Asegurar la suplementación con ácido fólico a todas las mujeres en edad fértil.
- Mayor rigor en el control de teratógenos ambientales.
- Asegurar el abastecimiento, distribución y uso adecuado del factor surfactante en los servicios de neonatología.
- Fortalecer el uso racional de esteroides para inducir la maduración pulmonar del feto.
- Detección prenatal y referencia de malformaciones congénitas graves.
- Unidades de Medicina Materno fetal en cabeceras de provincia.
- Crear la unidad de terapia fetal invasiva.
- Capacitar al médico en la toma de decisión del traslado del neonato enfermo en un tiempo racional, su estabilización y comunicación con el centro a referir.
- Capacitar al médico para mejorar la calidad del transporte neonatal.
- Capacitación con los cursos de Reanimación Neonatal.
- Reducción de la infección nosocomial
- Formación de recurso humano.
- Fortalecer los comités de análisis de los casos que mueren para corregir fallas encontradas, incorporando a los médicos que participaron.
- Fortalecer la contrarreferencia

Bibliografía

Bejarano, J., Carvajal, H. y San Lee, L. (1996). Consumo de drogas en Costa Rica, resultados de la encuesta nacional de 1995. Grafo-Print, S.A. San José.
Castro H; C. La Neonatología en Costa Rica. Influencia del Curso de Post grado en su desarrollo. Acta Pedíatrica Costarricense 1999; 13:122 -125.
Costa Rica. Ministerio de Economía, Industria y Comercio, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Caja Costarricense de Seguro Social. 1998. Encuesta de hogares de propósitos múltiples: módulo de empleo, julio de 1997. San José, Costa Rica: Área de Estadística y Censos del Ministerio de Economía, Industria y Comercio.

Costa Rica. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, Sistema de Indicadores sobre Desarrollo Sostenible (SIDES). 1997. Principales indicadores sociales. San José, Costa Rica: Serie MIDEPLAN/SIDES N°2.
Costa Rica. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición 1996: Consumo aparente de alimentos en la población costarricense. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud, 1996
Costa Rica. Ministerio de Salud. Memoria Anual. Costa Rica, 1998.
De La Ossa, M. (1974). Los primeros 20 años del Instituto Nacional sobre Alcoholismo. Artes Gráficas de Centroamérica. San José.
Dirección General de Estadística y Censos. Departamento Estadística Ministerio de Salud.
Esquivel G; A. Historia Obstetricia pags. 40 – 73 publicación en prensa.
IAFA (2003). Página web. URL: http://www.netsalud.sa.cr/ms/iafa/
IAFA. (1988). Memoria anual. Unidad de Publicación. San José.
INSA. (1970). Encuesta nacional sobre hábitos de ingestión de alcohol. San José.
INSA. (1980). Reseña histórica 1925-1979. San José.
Mata A; Z. Omisión del registro de defunción fetal temprana, defunción fetal tardía. Defunción Neonatal temprana y su peso en la Mortalidad Perinatal tesis 248, UCR. 1996.
Ministerio de Salud – OPS/OMS, Situación de Salud en Costa Rica. Indicadores Básicos 2002.
Ministerio de Salud – OPS/OMS. Análisis Sectorial de Salud en Costa Rica 2002.
Ministerio de Salud – OPS/OMS. Indicadores de Salud Cantónales, Costa Rica 2002.
Ministerio de Salud – OPS/OMS. Indicadores de Salud. ¿Mejoro la Equidad? Costa Rica 1980-2000.
Ministerio Salud, CCSS, UCR. Plan Nacional para la prevención de la Mortalidad Infantil y la promoción de la Salud Materna y Perinatal 2002 – 2006.
Molina, I. y Palmer, S. (1994). El paso del cometa. Estado, política social y cultura popular en Costa Rica (1800 – 1950). Porvenir – Plumsock Mesoamericana Studies. San José.
Morice A. Tendencias y determinantes de la mortalidad infantil en Costa Rica.
OPS/OMS, Notas de prensa de pagina Web www.paho.org 2003
OPS/OMS, Situación de Salud en las Ameritas. Indicadores Básicos 2002.
Organización Panamericana de la Salud. 1996a. Uso de Sistemas de Información Geográfica en Epidemiología. Bol Of Sanit Panam. 17:1-6.
Proyecto Estado de la Nación. 1997. Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: un análisis amplio y objetivo de la Costa Rica que tenemos a partir de los indicadores más actuales. 1ed, San José, Costa Rica: Proyecto Estado de la Nación.
Quesada, E. y Sánchez, S. (1991). Memoria del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Unidad de Publicación. San José.
Rosero L. 1998. Mortalidad y esperanza de vida. En Foro Nacional de Salud: "Hacia la construcción colectiva de la salud", Costa Rica.
Sáenz MI, Durán O, Oviedo LA, Trejos JD. 1998. Diseño y construcción de un índice de vulnerabilidad infantil para Costa Rica. San José, Costa Rica: UNICEF y Segunda Vicepresidencia de la República.

Capítulo 7. Hechos más importantes que marcan el accionar en salud pública veterinaria

Dr. Edwin Pérez Ch. *
Dra. Ligia Quirós G. **

7.1- Factores históricos

El término salud pública veterinaria tuvo su génesis oficial en la carta que estableció la Organización Mundial de la Salud en 1946, para dar un marco conceptual y estructura programática a las actividades que involucran la aplicación de los conocimientos, la pericia y recursos de las ciencias veterinarias hacia la protección y mejoramiento de la salud del hombre.

La salud pública veterinaria (SPV) más que una disciplina que concurre en la salud pública, es un concepto amplio que utiliza los conocimientos de las artes y ciencias veterinarias, disponiéndolas al dominio y uso del hombre para lograr la salud, el bienestar y conservar el medio ambiente cercano y aquel que la humanidad conquiste para su supervivencia y desarrollo.

La SPV es más influida por los cambios sociales y políticos que por los económicos, pero es dinámica porque se enfrenta, acomoda y adapta a las prioridades cambiantes de los sectores salud y agricultura. Es intersectorial porque define con precisión las restricciones de las capacidades sectoriales y las armoniza con amplitud para enfrentar problemas comunes. Es catalizadora de esos problemas comunes y los hace viables de solución.

La SPV es interdisciplinaria porque su accionar es patrimonio del equipo de salud. Ella actúa e interactúa en los medios urbanos, rurales y selváticos.

El fin de la SPV es contribuir al bienestar del hombre a través de la producción y el suministro de proteínas de origen animal, en cantidades suficiente, garantizar la inocuidad y calidad de los alimentos, evitar el impacto nocivo de las enfermedades comunes al hombre y los animales, preservar el ambiente del efecto de la tendencia de animales y de la industrialización de la producción y contribuir a la solución de problemas de salud mediante

*Director de Salud Animal, Ministerio de Agricultura y Ganadería**
*Jefe Programa de Salud Pública Veterinaria, Ministerio de Agricultura y Ganadería***

el desarrollo de modelos animales que faciliten las investigaciones biomédicas, así como la conservación de especies de animales para su uso sostenido". [1]

"En virtud que la medicina veterinaria y la salud humana están tan íntimamente entrelazadas, se establecieron reuniones entre los ministros de agricultura y salud de las Américas en 1967 para asegurar la colaboración intersectorial entre la agricultura, la crianza de animales y el sector salud; en años alternos, la OPS convoca a la Reunión Interamericana de Salud Animal a nivel Ministerial (RIMSA). En estas reuniones los ministros evalúan el programa, recomiendan políticas y revisan el presupuesto para la cooperación técnica en salud pública veterinaria y salud animal para el hemisferio occidental.

El programa de salud pública veterinaria actúa como catalizador entre los sectores agricultura y salud para movilizar recursos, coordinar esfuerzos y poner en ejecución actividades relacionadas con la salud humana y animal." [2]

Desde que se creó el Programa de Salud Pública Veterinaria en la OPS, ha sido ha sido un componente importante de la cooperación técnica de la Representación de este organismo en Costa Rica, en aspectos como vigilancia, prevención y control de zoonosis de importancia para la salud pública, prevención de las enfermedades transmitidas por los alimentos, inocuidad de los alimentos para el consumo humano, entre otras acciones. "La OPS ha dado respuesta a las necesidades de los países de las Américas canalizando los temas relaciones con las zoonosis, la fiebre aftosa y la protección de los alimentos a través de su Programa de Salud Pública Veterinaria". [3]

7.2- La salud pública veterinaria en Costa Rica

Históricamente Costa Rica ha mostrado preocupación por la protección de la salud pública. Basta mencionar la promulgación de la Ley No284 del 6 de junio de 1891 mediante la cual se aprueban los estatutos de la Compañía proveedora de Carnes Refrigeradas"; Ley No 52 del 12 de marzo de 1923, Ley de Protección de la Salud Pública la cual, en su artículo 19, trata de la construcción de mataderos y atribuciones; la Ley No 9 del 10 de setiembre de 1923 que dicta medidas preventivas contra las enfermedades del ganado importado o en tránsito. En 1936, mediante la ley No 147, se inviste con carácter de Agentes Principales de Policía a los peritos veterinarios del Departamento Nacional de Agricultura. El siguiente año, 1937, se dicta el Decreto Ejecutivo No. 3 que establece el control de la venta de carne y en 1938, mediante la ley No 8 del 1 de abril de 1938, se reglamenta la producción, conservación, transporte, reparto y venta de leche. Aquí debe aclararse que este reglamento

1 OPS/OMS, Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. La Salud Pública Veterinaria. HDS/SILOS-23, 1993, Pp.4.
2 OPS/OMS, Salud Pública Veterinaria.s.f.p, pag. 15
2 Pérez Ch. Edwin. Ideario Nacional
3 OPS/OMS, Salud Pública Veterinaria.s.f.p, pag. 11

vino a sustituir los artículos 17 hasta el 31 inclusive del Decreto Ejecutivo No16 del 20 de junio de 1931 –Reglamento de Alimentos y Bebidas- en el que se regulaba la producción y venta de leche.

Nuestros antepasados, nuestros gobernantes, en la primera década del siglo XX, haciendo uso de su intuición y conocimientos y pensando en la relación de la veterinaria con el sector pecuario, enviaron con becas a tres costarricenses a estudiar esta profesión a Europa y los Estados Unidos. De esta forma, la medicina veterinaria tuvo sus primeros profesionales graduados a inicios del siglo. A su regreso estos profesionales, producto de las escuelas en que se formaron y de la corriente científica de la época, trabajaron en la lucha contra las enfermedades infecciosas de los animales de producción de más alta significación en el momento e hicieron algo de policía sanitaria y salud pública, estableciendo inspección de carnes en los rastros. Producto de su labor son algunas publicaciones que aparecieron en una revista de la Secretaría de Fomento en aquellos años.

La creación de los servicios veterinarios como tales, con funciones de sanidad animal tuvo lugar en el año 1950. Con anterioridad existía en el Departamento de Agricultura un servicio de peritos veterinarios que prestaba básicamente un servicio de vacunación para los ganaderos y una (primitiva) organización de asistencia técnica veterinaria.

Como consecuencia del nuevo concepto de los servicios veterinarios oficiales, dado en 1950, nace el Departamento de Veterinaria como una entidad dependiente de la Dirección General de Agricultura, en el cual se hizo el primer intento de creación de infraestructura en salud animal. Se organizó el Departamento en tres secciones: profilaxis, asistencia técnica y Laboratorio. En la sección de profilaxis veterinaria se situaron los servicios de medicina preventiva y las campañas sanitarias; en la sección de asistencia técnica se continuaron los servicios a los ganaderos que prestaba el antiguo servicio de peritos veterinarios y para la sección de laboratorio se construyó una pequeña instalación y se le dotó de suficiente equipo.

En este lapso se emiten las primeras leyes y decretos específicos referentes a salud animal:

a) Campaña Nacional contra la tuberculosis bovina (Ley No 1207 del 9 de octubre de 1950)
b) Prohibición de importación de animales sin previa autorización (Decreto Ejecutivo No 7 del 27 de setiembre de 1951)
c) Medidas preventivas contra la fiebre aftosa y la peste bovina (Decreto Ejecutivo No 7 del 27 de setiembre de 1951)
d) Creación de la Comisión Nacional Antiaftosa (Decreto No 14 del 27 de mayo de 1952)
e) Se dictan medidas para prevenir la entrada de la rabia (Decreto No 8 del 6 de julio de 1952)
f) Se decreta el Reglamento para la inspección sanitaria de la carne (Decreto No 8 del 28 de junio de 1953)

g) Se emite el Reglamento para la industrialización sanitaria de la carne (Decreto No 8 del 9 de julio de 1953)

Por las anteriores citas puede verse la mentalidad sanitaria en la formación de la infraestructura de salud animal: prevenir lo no existente, combatir lo diagnosticado y garantizar la sanidad de lo que salía del país.[4] Son precisamente estas tres directrices las que en 1994 los países, miembros de la Organización Mundial del Comercio, establecieron como requisito, a través del Acuerdo de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias, para el intercambio comercial de alimentos con miras a proteger la salud humana, la salud animal y la sanidad vegetal.

7.3- Erradicación de zoonosis

Como parte del aporte de la SPV a la promoción de la salud humana y la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos, en Costa Rica, debemos mencionar la erradicación de la rabia urbana en los inicios de la década de los 70`s, la encefalitis equina venezolana en 1969, la cisticercosis porcina[5], las campañas de control de brucelosis y tuberculosis bovinas y de leptospirosis.

7.4- Perspectivas en el nuevo siglo

- La SPV debe contribuir al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de atención de la salud humana (control y prevención de las enfermedades comunes a los animales y el hombre en las unidades ganaderas y silvestres), principalmente en la población rural dispersa; pero también en las poblaciones urbanas y, en un mundo globalizado en donde el tránsito de personas es cada vez mayor, deben incluirse las poblaciones temporales (turismo).
- Debe tomarse en cuenta que el siglo que inicia nos presenta nuevos retos en el campo de la salud producto del aumento de la población, elevación de la temperatura global, contaminación de las fuentes de agua, disminución de la cantidad de bosques, desaparición de especies de la flora y fauna y mutaciones genéticas en los microorganismos patógenos, entre otras. Todos estos factores, junto con el desequilibrio social que se vislumbra venir, generarán cambios negativos importantes en la salud humana y animal. La salud pública veterinaria debe establecer la forma de enfrentar estos cambios.

4 Pérez Ch. Edwin. Ideario Nacional Siglo XXI: La Profesión Médico Veterinaria. S.p.

5 Desafortunadamente la cisticercosis la tenemos, en estos momentos, como una de los problemas de salud reemergentes en Costa Rica.

- La SPV deberá responder al aseguramiento de la inocuidad de los alimentos, principalmente de origen animal, en su creciente demanda por parte de la población mundial.
- El aumento de la cantidad de ganado en el mundo y su cría intensiva generará acumulación de gases de amonio, gas metano y desperdicios orgánicos lo cual será una amenaza más para la salud pública y deterioro ambiental y debe preverse la mitigación de estos problemas.
- Otra amenaza para la salud pública, en América Latina y el Caribe; en donde los programas de SPV deberán ir tomando acciones por sus implicaciones zoosanitarias, es el fenómeno de "ruralización de las ciudades" en donde los emigrantes del campo instalan en la ciudad prácticas sociales, relacionadas con la explotación de animales y el comercio de sus productos. Este es un fenómeno creciente en nuestras ciudades que deberá atenderse en el corto plazo.
- En áreas rurales, los servicios de SPV deben contribuir a la promoción de la salud, mediante el aporte de personal y auxiliares con conocimiento de comunicación social.
- El fortalecimiento del control de pestes y vectores, el establecimiento de técnicas diagnósticas y la adecuada respuesta a estos eventos sanitarios, debe incluirse en las actividades futuras de los programas de SPV.
- Los servicios de SPV, nacionales y locales, deberán ser un complemento del sistema de información en salud y, por tanto, del sistema de vigilancia epidemiológica en zoonosis.
- Para lo anterior debe fortalecerse la red nacional de laboratorios de servicio veterinario y su coordinación con la red nacional de laboratorios del sector salud.
- Deben retomarse las campañas sanitarias de vacunación y los programas de atención primaria de salud pública veterinaria.
- Deben identificarse ecosistemas ganaderos y silvestres que permitan la caracterización epidemiológica de las zoonosis y sus factores de riesgo.

Capítulo 8. Alimentación y nutrición

*Sandra Murillo González, PhD. **

En este apartado se exponen los avances más importantes logrados por el país en materia de alimentación y nutrición, como es la reducción de la desnutrición severa y moderada y la disminución de las deficiencias de micronutrientes, lo cual se ha debido en gran medida a políticas públicas orientadas al mejoramiento nutricional de la población, dirigidas especialmente a los grupos de población más vulnerables, mujeres embarazadas y lactantes y a los niños menores de cinco años. A su vez, se identifican nuevos problemas de salud pública como el sobrepeso y la obesidad, que está afectando a todos los grupos de edad. Igualmente se presenta el tema de la inocuidad de alimentos en lo cual el país ha caminado muy lento, por lo que representa un importante reto.

1. Avances en el estado nutricional de la población costarricense durante el siglo XX.

Poco se conoce sobre el estado nutricional de los habitantes del país durante la primera mitad del siglo XX debido principalmente a lo incipiente de la ciencia de la nutrición durante ese período de la historia. Para entonces, los problemas principales de Costa Rica eran la alta morbimortalidad por enfermedades transmisibles que, aunque afectaban negativamente el estado nutricional de todas las personas, fueron los niños y las mujeres en edad fértil el grupo más vulnerable en términos nutricionales.

Esta situación condujo al Ministerio de Salud a crear la División de Nutrición durante la primera mitad de la década de los años cincuenta. Esta División fue responsable de implementar programas para atender la desnutrición protéico-energética imperante en esos años. De esta manera se iniciaron los programas de distribución de leche en polvo descremada en los centros educativos del país, y se crearon 18 centros de nutrición, localizados principalmente en cabeceras de provincia para atender a niños desnutridos, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, los comedores escolares y las colonias escolares veraniegas (Ministerio de Salud, 1953, Vargas, 1995).

* *Consultora INCAP/OPS, Murillos@cor.ops-oms.org*

La información relacionada con alimentación y nutrición de la población costarricense comenzó a gestarse a partir de la década de los años sesenta, cuando el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), centro especializado de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propuso a los países del istmo realizar estudios específicos en grupos poblacionales, específicamente desnutridos. Fue así como en 1966 se realizó en Costa Rica la primera encuesta nacional de nutrición con representatividad nacional, con el fin de incluir por primera vez en la historia de la salud pública del país, aspectos en alimentación y nutrición en los planes nacionales de salud y ofrecer lineamientos para los programas de nutrición (INCAP/OIR, 1969).

Con los resultados de esta investigación, las autoridades de salud destinaron recursos para ampliar cobertura de los programas ya existentes e implementar otros de alimentación y nutrición en forma integral. De esta manera, la participación comunitaria mediante los comités nacionales de nutrición, las clínicas de recuperación nutricional, el programa de comedores y huertas escolares, el programa de desarrollo infantil y centros de nutrición (CEN/CINAI), programas de fortificación de alimentos y otros, han contribuido al mejoramiento de la salud y estado nutricional de la población costarricense.

Importante es destacar la acción encomiable del Gobierno tanto por la continua provisión de los fondos necesarios, como por la defensa de los programas en alimentación y nutrición dirigidos a la población en riesgo social y en términos globales, por la seguridad alimentaria y nutricional que desde principios del siglo pasado, el país ha mantenido hasta el presente.

Evolución del estado nutricional de la población

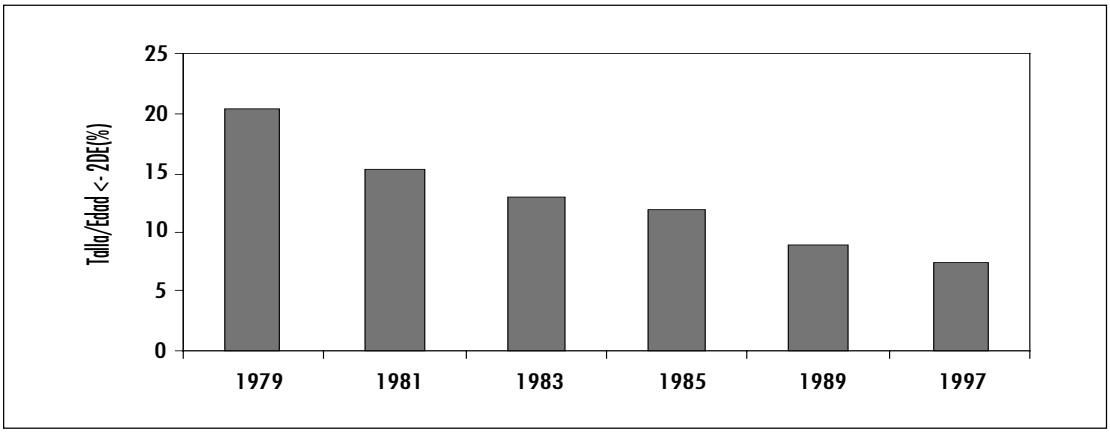
De 1966 a 1997 se lograron cambios significativos en el estado nutricional de los habitantes, principalmente en la población infantil, escolar y mujeres en edad fértil. Estos cambios se obtuvieron en los aspectos de evaluación antropométrica, de micronutrientes y de consumo de alimentos. Los logros que a continuación se presentan corresponden a la acción conjunta de diversas intervenciones como lo son el aumento en la escolaridad, el mejoramiento en saneamiento ambiental, los programas de salud rural y comunitaria con sus servicios preventivos de control del niño sano, vacunaciones, desparasitaciones, programa de comedor escolar, de guarderías infantiles, de centros de desarrollo infantil y nutrición y otros programas con fines de distribución del ingreso (Muñóz,C. & Scrimshaw,1995).

Evaluación antropométrica

Durante la segunda mitad del siglo XX se dio una mejoría en el estado nutricional de la población reflejada en los resultados de seis censos nacionales de talla en escolares de primer grado. Es importante anotar que esta medición resume el efecto de las condiciones sociales en la salud y nutrición de la población hasta los siete años de edad. De esta manera,

se observa en el Gráfico 1 los avances obtenidos en estos aspectos en el país desde 1979 hasta 1997 según resultados de los respectivos censos. Como puede notarse, el porcentaje de niños con retardo en talla ha disminuido de 20,4% en 1979 a 7.4% en 1997, además se ha producido un aumento de la talla promedio de 2,0 cms desde 1981 (Ministerio de Salud, 2002).

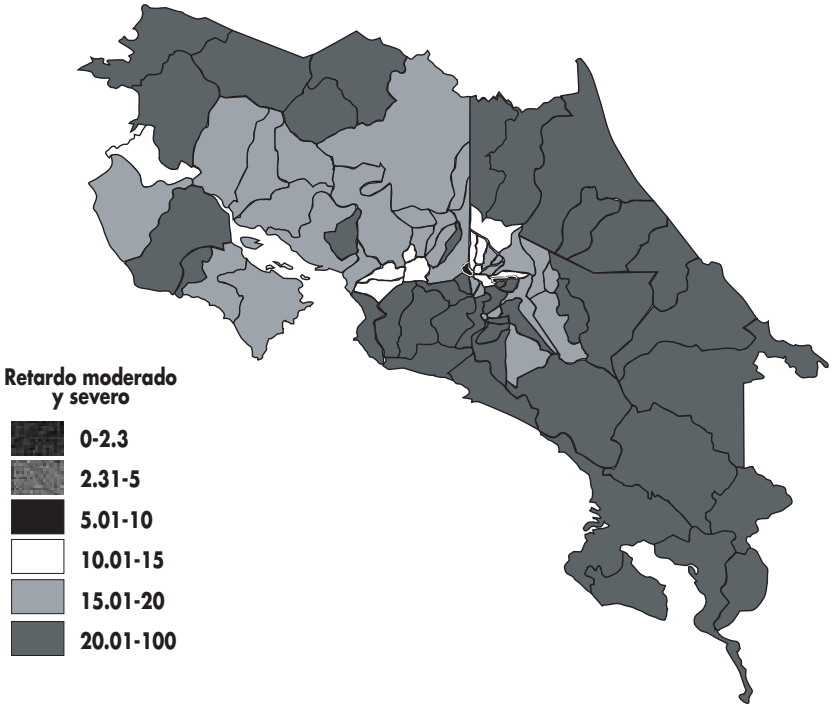
Gráfico Nº 1
Porcentaje de retardo de crecimiento en escolares de primer grado (6 - 7.99 años) en ambos sexos, Costa Rica, 1979-1997



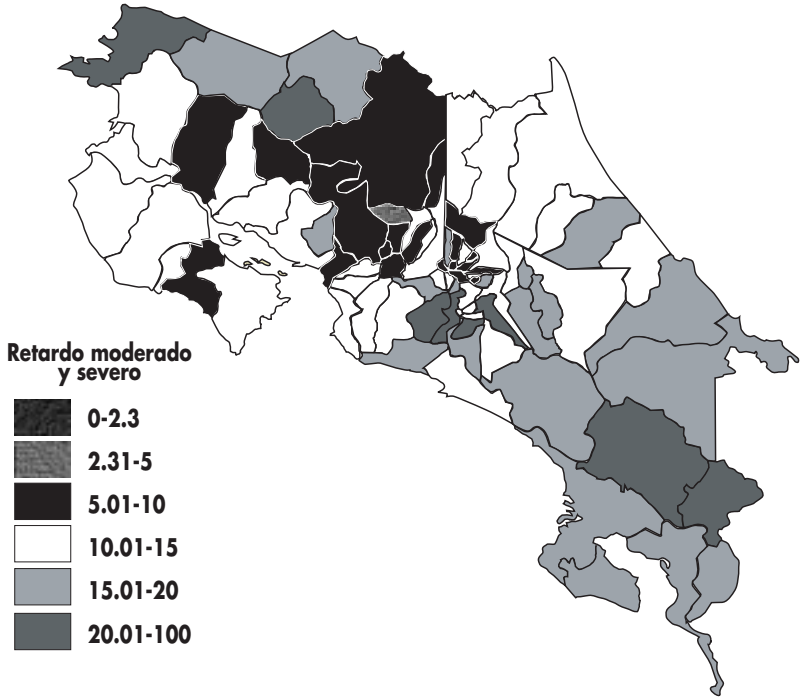
FUENTE: Censo de talla. Ministerio de Salud y Ministerio de Educación. 1999.

La distribución geográfica de la desnutrición también ha variado según se muestra en los mapas 1 a 5, en las que puede apreciarse la difícil situación nutricional de la mayoría de los niños del país en 1979, escena que varió considerablemente en 1985, donde se nota que los cantones con mayor retardo en talla son los fronterizos y la región de los Santos en la provincia de San José. El panorama mejoró notablemente en 1997 ya que entonces, solo el cantón de Talamanca reflejaba estancamiento nutricional. Los demás cantones fronterizos, aunque presentaban en 1997 una situación de déficit nutricional, la misma fue inferior a la señalada por los resultados de los censos anteriores (Ministerio de Salud, 2002).

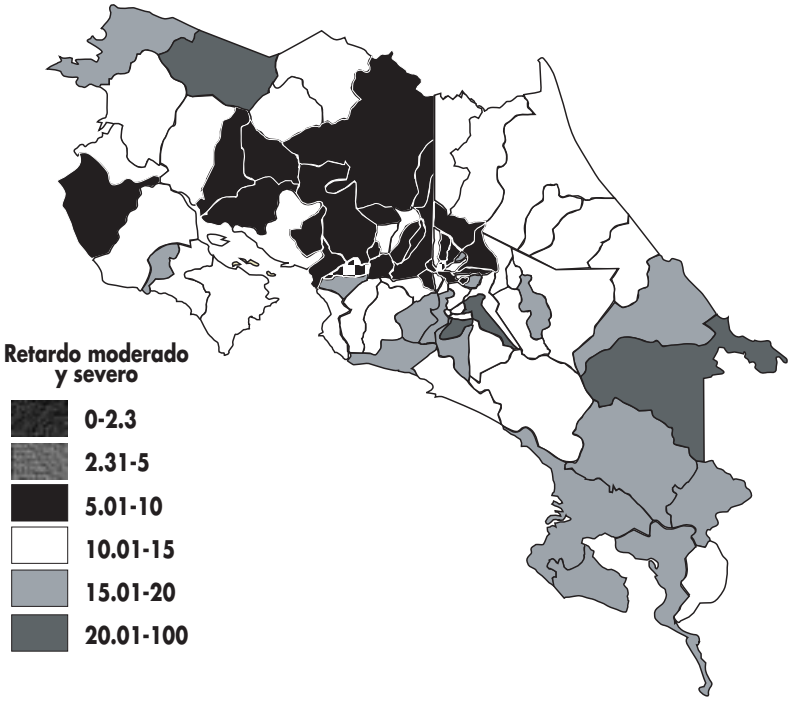
Prevalencia de retardo moderado y severo por cantones. Costa Rica. 1979



Prevalencia de retardo moderado y severo por cantones. Costa Rica. 1983



Prevalencia de retardo moderado y severo por cantones. Costa Rica. 1985



La disminución de la desnutrición también se dio en niños preescolares que aumentó siete puntos entre los años de 1982 a 1996 (según indicador peso/edad). Coincidentemente, la desnutrición leve también se redujo siete puntos. Esta disminución sostenida de la desnutrición infantil, mostrada desde 1966 y con mayor énfasis desde 1982, hace esperar un comportamiento similar en el futuro, en la medida que los programas estatales y demás condiciones sociales del país se mantengan (Ministerio de Salud, 1986 y 1997b).

Es importante señalar que la Encuesta Nacional de Nutrición de 1966 encontró que los preescolares costarricenses crecían muy por debajo de la curva de crecimiento establecida para los niños estadounidenses. En ese entonces (1965) no se disponía de curvas de crecimiento internacionales ni de indicadores antropométricos internacionacionalmente aceptados y estandarizados para fines comparativos entre poblaciones, razón por la cual los cambios nutricionales en la población, pueden ser determinados con exactitud a partir de 1982, pues fue con la Encuesta Nacional de Nutrición de 1982 que se inició el uso de patrones de crecimiento internacionales, así como de indicadores antropométricos apropiados e internacionalmente establecidos para este fin (INCAP/OIR,1969; Ministerio de Salud,1997b).

En relación con el sobrepeso en preescolares se dieron cambios en la prevalencia entre 1966 -1996. Según datos de distintas encuestas nacionales de nutrición se pasó de un 4% en 1996 a 13,9% en 1982 y 6,2% en 1996. Sin embargo, en escolares, el sobrepeso es mayor, pues en la Encuesta Nacional de Nutrición de 1996, se encontró que el 14,9% presentaba riesgo de obesidad. En este grupo escolar se inicia la diferencia entre niños y niñas en

cuanto a que las niñas presentan una prevalencia mayor de sobrepeso, de 16,3% en comparación con un 13,5 para los niños.

En términos generales, se observa que la población preescolar del país presenta una mejoría en el estado nutricional al disminuir la prevalencia de la desnutrición severa y la moderada. La primera se encuentra en niveles mínimos (0,4% promedio nacional) al finalizar el siglo XX. Los escolares por el contrario, presentan al cierre del centenio, el problema de riesgo de sobrepeso (un 15%). Tanto para preescolares como para escolares, la mayor concentración de problemas de déficit está localizado en las zonas rurales y el mayor riesgo de obesidad en las zonas urbanas.

El estado nutricional de las mujeres en edad fértil también está cambiando hacia el sobrepeso y obesidad, pues se observó un incremento considerable de 34,6% a 45,9% de mujeres obesas de 20 a 44 años entre el período de 1982 a 1996 según el índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 25.

Es importante destacar la alta prevalencia de obesidad en las mujeres mayores de 20 años, en las cuales se encontró que el 45,9% del grupo de 20 a 44 años y el 75% del grupo de 45 a 59 años presentaron algún grado de obesidad, situación inimaginable en 1965 en ocasión de la primera encuesta nacional de nutrición. Esta situación merece atención por parte de las autoridades de salud debido a que son las mujeres del área rural las que presentan mayor sobrepeso y obesidad, hecho que señala una relación entre pobreza y obesidad y a la cual debe darse especial atención en los programas futuros (Ministerio de Salud, 1997b).

Micronutrientes

Los micronutrientes, aunque son requeridos en pequeñas cantidades por el organismo, son indispensables para el adecuado funcionamiento del mismo. Las causas de la deficiencia de micronutrientes son múltiples, sin embargo, la principal es la relacionada con el bajo consumo de los alimentos fuente.

El micronutriente más limitante en la alimentación de los costarricenses es el hierro, obteniéndose una prevalencia de anemia ferropénica constantemente alta desde 1966 hasta la fecha, en preescolares de 1 a 6 años de edad (26%). Este problema ha sido mayor en la zonal rural donde se observa hasta un 32,7% de prevalencia, en contraposición de un 16,6% en la zona urbana del país. Es interesante observar que estas prevalencias son muy similares en niñas y en niños (Ministerio de Salud, 1997ª).

En mujeres en edad fértil, las anemias nutricionales también han sido prevalentes, pues en 1996 un 18,9% de las mismas tenía anemia.

Otro micronutriente relacionado con la anemia ferropénica es el folato el cual es también deficiente en los niveles séricos de los preescolares (11,4%) y mujeres en edad fértil (24,7%) del país, lo cual es de mucha importancia por ser un nutriente indispensable para el desarrollo del tubo neural del niño durante su etapa embrionaria.

En 1965 se determinó que la prevalencia de niveles séricos deficientes de vitamina A en la población preescolar fue de 32,5%. En 1996 dicha prevalencia disminuyó a 8,7%. Sin embargo, estos niveles variaron entre estas dos fechas pues en 1979 se encontró una prevalencia de 2,3 y en 1981 de 1,8% en los preescolares. Estas diferencias se deben básicamente a la fortificación del azúcar con vitamina A en el período comprendido entre 1974 y 1979.

Un cambio significativo relacionado con la deficiencia de micronutrientes en la población es el relacionado con la deficiencia de yodo la cual es la principal causa de retardo mental susceptible de ser prevenida. En la Encuesta Nacional de Nutrición de 1966 se encontró que la deficiencia de yodo representaba un severo problema de salud pública con una prevalencia de bocio de 18% en la población. En 1979 se realizó una encuesta específica para determinar el problema de deficiencia de yodo encontrándose una reducción significativa al 3,5% en la población (Ascencio,1999).

Fortificación de alimentos

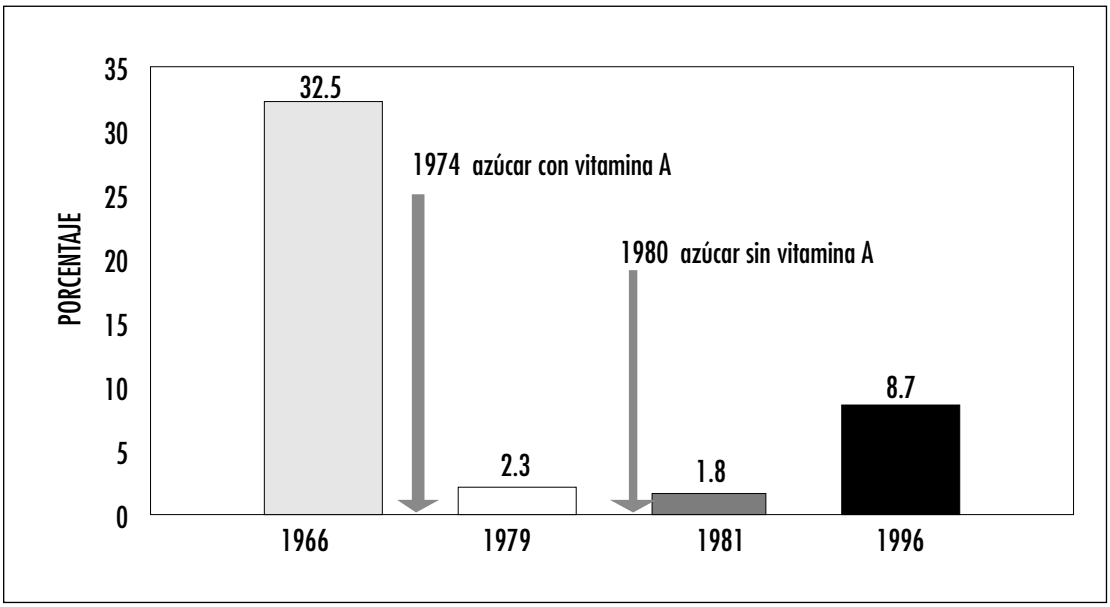
Las autoridades del Ministerio de Salud se han caracterizado por su contribución al mejoramiento del estado nutricional de la población con intervenciones nutricionales desde los años treinta del pasado siglo XX. De esta forma, a raíz de los resultados de la primera Encuesta Nacional de Nutrición, en 1966, se hizo el esfuerzo de fortificar la sal con yodo, constituyéndose Costa Rica en el primer país centroamericano en implementar este tipo de programa.

Por decreto, en Costa Rica la sal de consumo humano debe ser fortificada con yoduro de potasio, con un nivel de concentración de yodo entre 33 a 50 mg/kg de sal en la industria salinera. Sin embargo, de acuerdo a normas internacionales, en el hogar se acepta un mínimo de 20 mg/kg. En el nivel nacional, el 11,1% de la sal está por debajo de la norma, en la zona rural el 13,0% y un 7,4% en la zona metropolitana por lo que existe un mejor consumo de yodo en la zona metropolitana. El 91,6% de la sal de marca que se comercializa en el país presenta niveles adecuados de yodo (Ascencio, 1999).

Además, Costa Rica fue el primer país de América y el segundo en el mundo, en fortificar la sal con flúor, lo cual se hace desde 1987 (Ascencio, 1999).

Costa Rica también fue pionera en forticar el azúcar con vitamina A, en 1974. Esta medida causó una reducción significativa en la prevalencia de preescolares con niveles deficientes de vitamina A, de 32,5% a 1,8% en 1981. Tan fuerte reducción en tan corto tiempo fue un ejemplo para todo el mundo. Desafortunadamente, la medida fue suspendida en 1982, pues se creyó que por haberse logrado niveles tan bajos de déficit, ya no se necesitaba la medida. Este supuesto ocasionó el incremento de la prevalencia de niveles deficitarios en el 8,9% de los preescolares a 1996. Razón por la cual, en febrero del 2003 se inició nuevamente esta fortificación. Los efectos de esta experiencia se pueden observar en la Gráfico 2.

Gráfico Nº 2
Porcentaje de preescolares con deficiencia en vitamina A en plasma por año
Encuesta Nacional de Nutrición. Costa Rica, 1996



Fuente: Fascículo 2 " Micronutriente". Ministerio de Salud - Inciensa. 1997

Otra medida de salud pública tomada en 1974 fue la fortificación de la harina de trigo con hierro y vitaminas del complejo B, la cual se ajustó en 1997 para aumentar los niveles y tipo de hierro. Posteriormente, en el 2002, se incluyó el ácido fólico como parte de la fórmula de fortificación.

También en 1997, se inició la fortificación de la masa de maíz con hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B. Ambas medidas han demostrado un efecto positivo en el corto plazo, contribuyendo a la reducción del déficit de niveles séricos de ácido fólico en la población afectada como lo demuestran los estudios de comunidad centinela realizados por el Ministerio de Salud en los distritos de Damas de Desamparados y en San Antonio de Nicoya. Estas medidas han incidido en la reducción de casos nuevos de niños con malformaciones del tubo neural.

Las últimas medidas de fortificación de alimentos las ha realizado el Ministerio de Salud en 1998 con el decreto No. 27021-S para la fortificación del azúcar con Vitamina A. Posteriormente en el año 2001 se publicó el decreto No. 29629-S para la fortificación de la leche de ganado vacuno con vitamina A, hierro y ácido fólico. Por último, en el 2002 se publicó el decreto No. 30031-S referente a la fortificicación del arroz con ácido fólico, hierro y vitaminas del complejo B.

Como puede apreciarse, el país ha mostrado un avance significativo en intervenciones nutricionales de efecto universal para la población como lo es la fortificación de alimentos.

Además, se ha instituido en el INCIENSA un sistema de vigilancia del control de la calidad de las fortificaciones en los distintos alimentos, lo cual es también apoyo a la industria alimentaria y garantía al consumidor.

La seguridad alimentaria y nutricional

A partir de los años setentas, tanto la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) como el INCAP/OPS se abocaron a apoyar al país en el desarrollo de sistemas de registro sobre la disponibilidad de alimentos, desarrollándose la metodología de las Hojas de Balance de Alimentos, las cuales fueron muy útiles en la planificación de la producción nacional y de las importaciones alimentarias. Tanto en el Ministerio de Agricultura como en el de Salud, se incorporaron unidades ó secciones responsables de mantener las estadísticas pertinentes con la asesoría de ambos organismos internacionales. Gracias a estos registros, puede señalarse que la disponibilidad de alimentos en el país en los últimos 30 años del siglo XX mejoró considerablemente dado que los suministros de energía alimentaria per cápita aumentaron de 2290 Kcal/día en el período 1964-66 a 2815 Kcal/día para el período 1993-95 y se prevee un aumento del 64% entre el período de 1995 al 2025 (FAO,1999).

En el nivel local, INCAP/OPS promovió proyectos de seguridad alimentaria y nutricional en municipios transfronterizos en los países centroamericanos. Esta acción es conocida como proyectos SAN (es decir, de seguridad alimentaria y nutricional) en el nivel local. En Costa Rica, se incorporaron los cantones con mayor deterioro social: Buenos Aires, Talamanca, Corredores y Coto Brus en la zona sur y Los Chiles y Upala en la zona norte del país. En los mismos, se han organizado consejos cantonales de SAN que han promovido proyectos productivos en áreas de la disponibilidad, acceso, consumo y utilización biológica de los alimentos.

Como parte de las contribuciones de esta iniciativa al desarrollo local, cabe citar la coordinación de acciones, tanto institucionalmente como de organizaciones locales, en aras de unir los esfuerzos y de optimizar los escasos recursos disponibles en este nivel. De esta manera, se han realizado actividades de capacitación en diversos temas de SAN, se han promovido proyectos productivos con beneficios a varias familias, se han formado microempresas de mujeres con acceso a la economía local y regional y se han movilizado recursos como apoyo a los proyectos productivos.

Importante es destacar que los Consejos Cantonales de SAN se han empoderado de esta metodología de trabajo, demostrando una forma eficaz y eficiente de actuar en el nivel local a favor de la seguridad alimentaria y nutricional de las comunidades.

Formación de recursos humanos en nutrición y alimentación

Las primeras profesionales en nutrición que tuvo el país se formaron en Argentina y se incorporaron al ambiente laboral en 1959. Posteriormente se formaron nutricionistas en la se-

de del INCAP en Guatemala, en la Universidad de Chile y en varias universidades de México. Para 1975, había un grupo mixto de costarricenses y extranjeros de 20 nutricionistas en el país, los cuales fundaron la Asociación Costarricense de Dietistas y Nutricionistas (ACDYN) con el fin de impulsar la formación de recursos humanos y velar por el correcto quehacer de la nutrición en el ámbito nacional. Fue esta asociación la promotora de la carrera de nutrición en la Universidad de Costa Rica.

A partir de 1979 se inició la Carrera Interdisciplinaria en Nutrición en la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica, con el fin de formar profesionales en nutrición con el grado de licenciatura. Posteriormente, en 1994 se creó la Escuela de Nutrición ofreciéndose también el grado de bachillerato universitario. Desde la primera promoción en 1983 al año 2000, la Escuela de Nutrición ha contribuido al país con 189 nutricionistas y 141 bachilleres, los cuales se desempeñan principalmente en el sector salud, en la docencia y en de la industria alimentaria del país.

Con el grado de avance profesional y de investigación logrado en el campo de la nutrición y la alimentación, la Universidad de Costa Rica creó el programa de maestría académica en 1998. Este programa tiene como objetivo contribuir a la investigación científica en este campo como insumo a la calidad de atención integral en salud de la población. La primera promoción de 19 profesionales en salud egresó en el año 2000 y a la fecha se han recibido cuatro promociones.

En 1986 se inició la carrera de nutrición en la Universidad de San José, la cual ofrece el grado de bachillerato universitario y de licenciatura. Desde entonces, esta universidad ha graduado 100 profesionales.

Otro aspecto en el área de recursos humanos que se ha fortalecido en el país es la capacitación en servicio, tanto a profesionales en salud como a la población en general, con el programa de extensión docente de la Escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica y los seminarios que ha ofrecido en forma regular la Asociación Costarricense de Nutricionistas y Dietistas del país.

Investigación en nutrición y alimentación

La investigación formal en este campo se inició con la creación del Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) de la Universidad de Costa Rica en 1975 y luego con la creación del Instituto de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) en 1976. Entre ambas instituciones se realizaron investigaciones profundas sobre: (a) los problemas nutricionales de los distintos grupos etáreos (b) metodologías apropiadas para el desarrollo de programas específicos y (c) evaluaciones de intervenciones en nutrición y salud que reorientaran los programas existentes.

Posteriormente, a partir de 1983, la Escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica empezó a generar investigaciones aplicadas con motivo de las tesis de licenciatura de los egresados. Para finales del año 2000, esta Escuela, ofreció al país 189 investigaciones de

calidad en temas tan variados como evaluaciones del estado nutricional, de programas nacionales, disponibilidad de alimentos, sistemas de vigilancia nutricional, determinación de factores de riesgo de varias enfermedades, etiquetado nutricional y otros.

De esta forma, el conjunto de investigaciones aportadas por la Universidad de Costa Rica, por la Universidad de San José y por los institutos de investigación del país, se fue construyendo el acervo investigativo en temas de alimentación y nutrición que existe en el presente y que constituyen contribuciones científicas para mejorar la calidad de vida de la población.

Desafíos

Debido al cambio en el comportamiento alimentario, nutricional y del estilo de vida de la población costarricense, las enfermedades por déficit han sido desplazadas por la obesidad y por carencias específicas de algunos micronutrientes como hierro, ácido fólico y vitamina A, principalmente. Esta situación señala a las autoridades de salud la necesidad de focalizar intervenciones nutricionales en grupos específicos de la población por una parte y por otra, a realizar esfuerzos continuos de educación nutricional que apoyen la incorporación en la ciudadanía de los estilos de vida saludables.

Por ello, el país debe continuar con la ejecución de los programas de fortificación de alimentos, lo cual implica mantener una estrecha relación con la empresa privada y los controles de calidad necesarios para garantizarle a la población el acceso a los micronutrientes deficitarios en la alimentación diaria. También con fines de monitoreo y evaluación, las autoridades de salud deben preocuparse por la realización periódica de encuestas de consumo aparente de alimentos y de encuestas nutricionales para la determinación de cambios en el estado nutricional de los distintos grupos de mayor riesgo nutricional, incluyendo la determinación de niveles séricos de los micronutrientes deficitarios en la población. Debido a los continuos cambios demográficos que afectarán la estructura poblacional del país en los años venideros, la acción de vigilancia y monitoreo será crucial en la función rectora en nutrición y alimentación.

Otro aspecto importante relacionado con micronutrientes es la necesidad de investigaciones en grupos específicos de la población para orientar la toma de decisiones en cuanto al requerimiento de selenio, zinc, vitaminas B6 y B12, así como de betacarotenos y de tocoferoles en la prevención de enfermedades no transmisibles, específicamente cardiovasculares y cáncer. La orientación de las investigaciones en el área de la nutrición y alimentación debe cubrir la relación con la prevención de las enfermedades no transmisibles anteriormente señalas.

El establecimiento de las funciones rectoras en alimentación y nutrición constituye un reto por estructurar e implementar en el país, tanto en el nivel central como en el regional y el local. También, la contribución de los distintos sectores en el mejoramiento de la seguridad alimentaria y nutricional de las familias más pobres del país será una gran misión para el siglo XXI.

2. Inocuidad de alimentos

*María de los A. Montero Campos**

En Costa Rica las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) siguen siendo una importante causa de morbilidad y mortalidad en la población como lo muestran las estadísticas nacionales, sin embargo, este tema no ha sido una prioridad dentro de las políticas de salud en gobiernos anteriores; ya que la falta de asignación de recursos y la falta de políticas claras han entorpecido una acción más eficiente en este campo.

Hasta el momento su prevención en el país ha sido deficiente, por lo que las ETA continúan en aumento, pues son enfermedades de elevada transmisibilidad y frecuencia. Esta situación evidencia la necesidad de contar con un sistema de vigilancia en inocuidad de alimentos (I.A) que tenga capacidad de respuesta inmediata a los eventos y del cual hoy carece nuestro país.

Por lo anterior y teniendo Costa Rica como fortalezas la infraestructura laboratorial, recurso humano capacitado y la herramienta de una tecnología actual que avanza a un ritmo acelerado, al cual tienen acceso la mayor parte de las instituciones estatales que tienen relación con el tema de la inocuidad; es que nace la necesidad de implementar un sistema de información computarizado integrado, coordinado y fácil de manipular, capaz de identificar acontecimientos inusuales que puedan indicar la presencia de nuevas enfermedades o detectar incidentes que atenten contra la salud de la población. De manera que al analizar los principales factores que influyen en la inocuidad de un alimento, se pueda disminuir la incidencia de las ETA en el país.

Enfermedades transmitidas por alimentos

Alimento es aquella sustancia que al ingerirse proporciona los nutrientes básicos al organismo para su desarrollo y mantenimiento. De manera que brinde al organismo salud y vitalidad.

El consumo de alimentos inocuos (alimento que al ser ingerido no causa daño ni enfermedad al individuo que lo consume) es un derecho del ciudadano y una responsabilidad de los gobiernos y del sector privado el establecer dentro de los requerimientos, mecanismos y estrategias para su cumplimiento.

Para obtener un alimento inocuo y de buena calidad se deben considerar aspectos como: la selección de la materia prima e insumos, seguido del proceso de producción, elaboración, empaque, transporte, almacenamiento y distribución en conjunto con las buenas prácticas de higiene y manufactura junto con el uso de agua de calidad potable.

**Licda en Tecnología de Alimentos-MSc en Epidemiología. Centro Nacional de Referencia en Micronutrientes: Vigilancia en la fortificación de alimentos fortificados. INCIENSA. mmontero@inciensa.sa.cr*

Evitar daños a la salud pública como son la gastroenteritis, hepatitis, diarreas, intoxicaciones, garantizando alimentos inocuos y de valor nutritivo adecuado son elementos fundamentales que pueden contribuir a evitar un aumento en las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA).

Las ETA son enfermedades generalmente infecciosas ó tóxicas, causadas por agentes etiológicos tales como: bacterias, virus, hongos, toxinas vegetales y marinas, parásitos y sustancias químicas; que se introducen en el organismo mediante la ingestión de alimentos o agua.

Desde 1988 (MS, 1983) en Costa Rica las ETA son enfermedades de declaración obligatoria, sin embargo esta disposición no se cumple estrictamente por parte del cuerpo médico; provocando un subregistro considerable y estadísticas desactualizadas y poco representativas de la realidad.

Estas enfermedades representan en el país un problema de salud pública, debido a que constituyen una causa importante de morbilidad- mortalidad y tienen un considerable impacto socioeconómico en aspectos como atención hospitalaria, aumento en el ausentismo laboral y escolar, pérdidas en la producción y el turismo e importantes repercusiones en el comercio internacional (IICA, 1999 b).

En el quinquenio 1995-1999 se registraron en Costa Rica 601.850 casos de ETA, donde 594.636 se debieron a diarrea (98%). La tasa de diarreas fue de 3205 por 100.000 habitantes en 1995 y aumentó a 3633 en 1999. Igualmente, las intoxicaciones alimentarias crecieron de una tasa de 12,5 en 1995, a 20,3 en 1999. Por el contrario, las intoxicaciones por plaguicidas decrecieron de 33,5 en 1995, a 14 en 1999 (MS, 2001).

En 1997 se registraron 5864 egresos hospitalarios, de estos un 45% fue por diarrea. La edad de mayor prevalencia fue en los niños menores de cuatro años (2652 egresos), seguidos de los menores de un año con 1679 casos y de los de 5 a 9 años con 545 egresos (M.S, 2000). Otras causas de egresos fueron las intoxicaciones alimentarias 22.4% (el agua contaminada fue la cuarta causa de incidencia), las intoxicaciones por plaguicidas 28.4%, la shigellosis 2,1%, la salmonellosis 1,4%, cólera y la fiebre tifoidea 0,5% (M.S, 2001; NETSALUD, 2001).

Entre 1992 y 1999 el Centro Nacional de Referencia en Cólera y Diarreas (CNRC) del Inciensa, estudió 24 brotes de diarrea (CNRC, 2000). El principal alimento implicado fue el agua (33% de los casos), y los agentes etiológicos identificados fueron: Escherichia coli, Salmonella, Listeria, Staphylococcus aureus, Clostridium, Shigella y Vibrio. Entre el 2000-2001 el Laboratorio de AyA estudió 22 brotes de diarreas (Valiente, 2001), y los agentes etiológicos implicados fueron Shigella en el 36% de los casos y Aeromonas en el 14%.

En 1995 las diarreas ocuparon el primer lugar en egresos hospitalarios y el cuarto en costos por egreso (97 millones de colones), por tratamiento y atención médica (325 millones de colones (Morice, 1998). Si a lo anterior se agrega el costo por ausentismo laboral y escolar, las pérdidas en la producción y el turismo y las repercusiones en el comercio internacional por el cierre de mercados; es claro que el disminuir la prevalencia de estas enfermedades en el país constituye una prioridad.

Para 1998 se reportaron en nuestro país 120 muertes por ETA, de estas 104 por diarrea (con una tasa de 2,8 por 100.000 habitantes). La mortalidad según el grupo de edad se dio con la siguiente distribución: niños menores de 10 años 41,3%, entre 10 a 54 años 4,8% y en los adultos mayores de 55 años el 54%.

Si se toma en cuenta que la estructura poblacional de los niños menores de nueve años representan el 22% de la población total, es prioritario disminuir o eliminar mediante la prevención la mortalidad por esta causa; ya que tanto los niños como los ancianos son grupos con problemas nutricionales y por lo tanto más vulnerables a padecer enfermedades.

Además de la elevada prevalencia de las ETA, otros factores indicativos de la situación desfavorable que influyen en la inocuidad de alimentos son: la inadecuada calidad del agua utilizada en la agricultura, las buenas prácticas de higiene (BPH), buenas prácticas de manufactura (BPM) y buenas prácticas agrícolas (BPA), buenas prácticas en la preparación, almacenaje y transporte de alimentos de fácil descomposición como los lácteos, carnes, postres, ensaladas, entre otros.

Todo lo anterior, tiene un impacto directo en el comercio nacional e internacional de alimentos y en la salud del consumidor. El contar con un programa de vigilancia en inocuidad de alimentos que facilite la implementación de un sistema de información con datos actualizados es elemental para disminuir la prevalencia de las ETA en el país.

Legislación alimentaria

Se considera que la legislación alimentaria es el conjunto de textos legislativos y reglamentos de aplicación que rigen estas actividades, con el fin de asegurar el control cualitativo y sanitario de los alimentos. En Costa Rica la legislación sobre alimentos se desarrolla básicamente a partir de cuatro leyes:

- Ley General de Salud, 1973
- Ley de Protección de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor, 1974
- Ley General de Salud Animal, 1978
- Ley de Protección Fitosanitaria, 1997

A partir de estas leyes, se han emitido aproximadamente 40 normas y decretos sobre alimentos en áreas como: etiquetado, uso de plaguicidas, aditivos, alimentos transgénicos, radiación de alimentos, higiene, inspección, aguas, funcionamiento de mataderos, otros (Montero, 2001). Pero es a partir de 1994 cuando la legislación comienza a incluir el concepto de inocuidad desde el punto de vista de higiene y hace la diferencia entre este término y el de calidad al indicar que el alimento no debe causar daño a la salud cuando se ingiere.

Cabe aclarar que parte de la legislación emitida, se ha hecho en forma desarmonizada y no concertada como respuesta inmediata entre otros factores a compromisos comerciales y no incluye a toda la cadena alimentaria como tal; dejando fuera áreas como la producción primaria y el manejo de productos frescos y congelados desprotegidos.

Con respecto a la legislación internacional, los organismos han emitido gran cantidad de normas (CODEX), pero estas no son contempladas en su totalidad dentro de nuestra legislación; provocando obstáculos al comercio.

Unido a lo anterior, en los últimos años nuestro país ha firmado varios tratados bilaterales de inversión (13 aprobados por la Asamblea Legislativa, dos en proceso de aprobación, cuatro con negociaciones finalizadas pendientes de firma en el otro país y 16 en proceso de negociación) (Comex, 2000). Además, el Tratado General de Integración Económica Centroamericano y el Tratado de Libre Comercio y de Intercambio Preferencial: Costa Rica - Panamá.

En consecuencia, las relaciones comerciales se han ido desarrollando aceleradamente pero en forma descoordinada con respecto a la implementación de la normativa nacional en inocuidad que se ha dado a un ritmo mucho más lento y no concertado; lo que provoca, junto con la ausencia de un sistema de vigilancia en inocuidad de alimentos, un proceso de comercialización poco eficiente con respecto a los tratados de libre comercio que actualmente se negocian con países como EUA y Canadá, que si lo contemplan; lo que trae consigo obstáculos al comercio y una competencia desigual para el mercado nacional.

Sistema de vigilancia en ETA

Un sistema de vigilancia epidemiológica es un proceso sistemático y continuo de observación e investigación de las principales características y componentes de la morbi-mortalidad en una comunidad o región. Se considera fundamental para la investigación, planeación y evaluación de las medidas de prevención y control en salud pública, ya que analiza la ocurrencia de las enfermedades y los riesgos presentes, para apoyar la toma de decisiones.

La mayoría de los sistemas de vigilancia están constituidos por redes de instituciones, personas y actividades que mantienen el proceso desde un nivel local hasta un nivel internacional. El éxito del sistema depende de la colaboración efectiva de los involucrados y de la utilidad de la información que se genere y la retroalimentación en los diferentes niveles de acción. Su eficacia dependerá del suministro y calidad de la información requerida (exacta, fidedigna, completa y objetiva) en tiempo y lugar para realizar finalmente las intervenciones necesarias.

A pesar de que nuestro país cuenta con un desarrollo computarizado adecuado, que la mayoría de las instituciones tienen acceso al sistema de internet y se cuenta con tecnología actualizada en gran parte de las instituciones oficiales; no se ha desarrollado un sistema de vigilancia computarizado en ETA.

Tampoco se cuenta con un sistema que enlace entidades de salud (hospitales, clínicas, EBAIS, otros), ministerios, centros de investigación, laboratorios y organismos internacionales. Lo que existe es el Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud que maneja el reporte del resultado de los análisis que envían por correo o teléfono las entidades de salud y los laboratorios de los centros de referencia y afines, así como el reporte

de las enfermedades de declaración obligatoria; pero esta información esta disponible con un año o dos de atraso.

También el Departamento de Estadística de la CCSS, maneja datos de hospitalización, mortalidad, reporte de enfermedades, brotes, otros; pero tanto el ministerio como la CCSS manejan sus estadísticas en forma separada.

En el área médica, funciona una red de laboratorios clínicos de la CCSS enlazada con el Centro de Referencia de Cólera en el Inciensa, pero el flujo de información en ambas vías es únicamente en esta materia; y no en enfermedades transmitidas por alimentos (Hernández, 1999).

Tampoco existe un sistema de trazabilidad en el país que suministre información desde la etapa de producción hasta la distribución y el consumo de los alimentos. Solamente las plantas procesadoras de alimentos llevan un registro codificado de la información de producción por lote de cada alimento. La información permanece en la planta hasta la fecha de vencimiento de los productos, en la cual se supone que ya se ha consumido. Esta información está a disposición en todo momento para las autoridades de salud en caso de inspección, brote o intoxicación de alimentos (Gurdián, 1999).

Comercio de alimentos

En las últimas décadas la industria de alimentos en Costa Rica ha venido evolucionando con el fin de ampliar y diversificar su producción, y tener un mayor acceso a nuevos mercados internacionales. Es así como a partir de 1986 se inicia el proceso de apertura comercial junto con el programa dirigido a la promoción de las exportaciones de productos no tradicionales. Como resultado, se ha dado un aumento significativo en las exportaciones, 31 de los 40 principales productos agrícolas de exportación son no tradicionales y en los últimos años han venido disminuyendo; estos representan el 86% de las exportaciones en contraste con el 14% en los productos tradicionales. Este comportamiento se debe a tres factores: la actividad comercial, nuevas políticas de importación y regulaciones emitidas por la Unión Europea.

Actividad comercial

La actividad comercial ha venido incrementándose en los últimos años con el aumento de los Tratados de Libre Comercio (TLC). Es así como las exportaciones pasaron en 1995 de 15 millones de dólares a 5042 millones de dólares en el 2001. Por lo que se prevé que en los próximos años este incremento será mayor y con ello, mayores las exigencias en calidad e higiene en muestras de alimentos.

Otro aspecto es el decrecimiento de las exportaciones en el sector agrícola, el cual ha tenido una menor participación pasando de 49,9% en 1995 a un 31% en 2001. En contraste, el sector industrial aumentó de un 50,1% a un 69,0% en este mismo periodo.

Cabe señalar que entre 1999 y agosto 2002 (FDA, 2002) se dieron 282 detenciones en los alimentos exportados por Costa Rica. El alimento mayormente implicado fue pescado con el 30% de las detenciones, seguidas de chayotes 25%, melones y plátanos 19%, culantro 17%. Las razones de las detenciones fueron: presencia de plaguicidas y/o sustancias químicas, etiquetado incompleto e incorrecto y manufactura incompleta. Cabe destacar que Costa Rica desde 1995 tiene dos detenciones automáticas en chile jalapeño enlatado y filete de tiburón (FDA, 2002).

Implementación de nuevas políticas de importación

Estados Unidos es el principal mercado de exportación de nuestro país y viene implementando desde 1999 una política más restrictiva que contempla: focalización del riesgo de contaminación, implementación del muestreo estadístico, nuevos análisis químicos y verificación de las detenciones mensualmente registradas en la Base de Datos OASIS del FDA. (Hammer, 1999).

Regulaciones emitidas por la Unión Europea

Recientemente la Unión Europea (UE) ha emitido una serie de regulaciones sobre frutas y hortalizas de carácter no obligatorio pero es requisito de compra emitido por los propietarios de los supermercados europeos. Estas regulaciones incluyen un sistema de trazabilidad, legislación en semillas transgénicas, registro de productos por lotes y la justificación en el uso de plaguicidas, las cuales se conocen como EUROGAP.

Considerando que Costa Rica exporta el 44% de las frutas y hortalizas que produce a la UE, este es un factor económico muy importante de tomar en cuenta dado que el CODEX tiene normativa para algunos de estos productos, pero no están contemplados dentro de la normativa nacional.

Es evidente que tanto la implementación de las nuevas políticas de exportación propuestas por los EUA y las regulaciones emitidas por la UE, ponen al país en desventaja comercial ya que solicitan regulaciones que aún no se han implementado en su totalidad; por lo que causarán restricciones al comercio ya que en poco tiempo serán un requisito de exportación.

Estudios de investigación recientes

Una de las principales recomendaciones en inocuidad alimentaria frente a las nuevas tecnologías de procesamiento, es determinar si la pérdida de condición de comestibilidad ocurre antes o después de ser sometidos los alimentos a tecnologías que fundamentalmente extienden el período de vida útil proporcionando con ello un tiempo adicional al producto para ser ingerido.

Los alimentos de origen vegetal o animal de calidad perecedera, sufren daños físico-químicos descomponiéndose luego de la cosecha o la matanza entre el 30 a 40%. De ahí que el manejo adecuado es vital para mantenerlos en óptimas condiciones durante la etapa de almacenamiento; el cual tiene como objetivo reducir o minimizar la descomposición física, química o microbiológica en los alimentos y conservarlos de la mejor forma posible durante más tiempo.

Algunos estudios ponen en evidencia que las prácticas inadecuadas de manufactura, el almacenamiento, el transporte de alimentos y prácticas de higiene son los principales factores que contribuyen a la contaminación de los mismos. Investigaciones realizadas en Costa Rica en los últimos años han reportado problemas importantes.

Calidad del agua para la agricultura y la alimentación

Hablar de inocuidad de alimentos es sinónimo de la calidad del agua que se utiliza en la producción y consumo de estos alimentos, dado que este líquido es el principal alimento implicado en varios brotes ocurridos en los últimos años en el país

Las aguas residuales domésticas (vivienda), comerciales (industrias), industriales (plantas), agrícolas (procesamiento y criadero de animales) tienen componentes de origen natural o artificial con efectos tóxicos, producto de la presencia de compuestos orgánicos, cancerígenos, patógenos y huevos de parásitos; por lo que se consideran aguas no aptas para consumo.

Actualmente estas aguas residuales se utilizan como recurso hídrico en la agricultura, debido al crecimiento de su volumen; por lo que en 1993 se realizó algunos estudios en la provincia de Cartago (zona agrícola que produce el 70% y 52% de las hortalizas que se consume en Costa Rica y en la provincia, respectivamente).

Los productos regados con esta agua se distribuyen en las ferias del agricultor 36%, a intermediarios 34%, a mercados 18% y a los supermercados 12% (Fernández, 1993).

De lo anterior podemos concluir que la falta de un programa de vigilancia y de control de calidad de agua para el consumo y uso en la agricultura junto con la ausencia de una política nacional en materia de recolección de aguas negras, son aspectos fundamentales para mejorar la calidad e inocuidad de los alimentos que se consumen a nivel nacional o que se exportan.

Manejo e higiene de los alimentos en las ferias del agricultor

La falta de un transporte adecuado desde el área de producción hasta el lugar de venta, el trato desigual de los intermediarios hacia los agricultores y la necesidad de aumentar las ventas de los productos agrícolas y mejorar su comercialización, indujo en 1982 a la creación de las ferias del agricultor. Estos lugares fueron improvisados y su distribución e infraestructura no planificada.

Con el transcurso de los años, estas ferias se convirtieron en lugares muy concurridos, pues muchos consumidores paulatinamente fueron cambiando el lugar de la compra de las verdulerías a las ferias del agricultor.

Veinte años después de iniciada esta actividad, se contabilizan 65000 familias con beneficio directo de esta actividad y una concurrencia semanal de aproximadamente 350.000 personas. Esta actividad según estadísticas del Consejo Nacional de Producción ha generado ventas anuales cercanas a los 20 millones de colones.

Este crecimiento significativo que ha beneficiado tanto a productores como a consumidores por tener precios más bajos y mayor variedad y disponibilidad de productos, también ha provocado hacinamiento y entorpecimiento para la realización de la actividad y por ende mayores deficiencias que anteriormente no se habían detectado.

Lo anterior llevo a un grupo de técnicos y profesionales del MAG, a realizar un estudio en las ferias del agricultor de Desamparados, Zapote y Guadalupe. Dicho estudio revelo la necesidad de una serie de mejoras que se deben de realizar a corto y mediano plazo para mejorar la calidad de los alimentos que se expenden y que deben de ser reguladas.

Dentro de las mejoras que se deben de realizar para tener las medidas mínimas requeridas de seguridad e higiene están:

- Disponibilidad de tomas de agua potable, acceso a servicios sanitarios, mayor disponibilidad de basureros.
- Asignar lugares de almacenamiento de productos (solo 15% cuentan con tarimas fácilmente lavables).
- Mejorar la calidad del almacenamiento de los alimentos (refrigeración para productos perecederos o eliminar su venta).
- Solicitar a los vendedores la colocación de toldos en todas las ventas para evitar que los alimentos se deshidraten y se deterioren con mayor rapidez (solamente el 65% de los puestos poseen toldo).
- Mejorar la calidad de los alimentos empacados (solamente el 29% transportan los alimentos limpios, ventilados y protegidos del sol).
- Impartir cursos de capacitación sobre manipulación de alimentos como requisito para la licencia de venta de estos productos.

Organismos genéticamente modificados (transgénicos) y su relación con la inocuidad de alimentos

La producción de los alimentos transgénicos persigue una mayor resistencia a las condiciones ambientales adversas, plagas, enfermedades, mejores cualidades nutritivas, bajan el costo de producción, reduce el uso de pesticidas y se obtienen en un menor tiempo de producción. Se clasifican en: organismos transgénicos de consumo original (tomate, papas, hor-

talizas, yogurt y los organismos utilizados como materia prima para elaborar otros alimentos (soya modificada).

Toda producción de semilla genéticamente modificada en Costa Rica se ha usado exclusivamente para exportación según lo indican las autoridades de agricultura. Dentro de los cultivos de semillas modificados genéticamente están: soya, algodón, maíz, colza, papa, calabaza, banano, papaya, tiquisque.

El potencial efecto adverso que podría tener el consumo de estos alimentos en algunas personas (alergias, resistencia a los antibióticos favoreciendo personas más vulnerables) y los efectos de contaminación genética en el medio ambiente, ha dado razones al rechazo de estos productos en los mercados de Europa, Japón, Corea, Australia, Nueva Zelanda; provocando en los EUA, un excedente en la producción y la emisión de una serie de políticas precautorias nacionales para este tipo de alimentos. Estas políticas exigen la declaración de material transgénico en la etiqueta de los empaques de los productos que los contienen y tener así un mejor control de los mismos y que el público este informado de lo que está consumiendo.

En Costa Rica toda producción de semilla genéticamente modificada se ha utilizado para exportación según lo indican las autoridades de agricultura. Dentro de los cultivos de semillas modificados genéticamente están: soya, algodón, maíz, colza, papa, calabaza, banano, papaya, tiquisque. De lo anteriormente expuesto se puede concluir que esta nueva tecnología de producción debe ser controlada y estandarizada, a fin de que su consumo como los residuos que produce no causen daño a quien los ingiere ni al ambiente y sean alimentos de calidad inocua.

Integración de la Comisión Intersectorial en Inocuidad de Alimentos

Dado que el tema de I.A implica un conocimiento multidisciplinario que contemple a todas las etapas de la cadena alimentaria, se conformó la Comisión Intersectorial en Inocuidad de Alimentos (CIIA) mediante el decreto No. 30083-S-MAG del 17 de enero de 2002, como un ente técnico-consultivo de los Ministerios de Salud y Agricultura.

La CIIA está integrada por representantes de instituciones públicas y privadas relacionadas con la materia y tiene como función primordial: coordinar, facilitar e impulsar los esfuerzos de los entes públicos y privados y de la sociedad en general, para lograr el aseguramiento de la inocuidad de los alimentos en beneficio de la salud pública, la sanidad agropecuaria y el comercio leal y equitativo. Su objetivo principal es la creación de un sistema de vigilancia computarizado en inocuidad de alimentos.

Para lograr con éxito el cumplimiento de estas funciones se ha elaborado para los próximos años un plan estratégico en cuatro áreas específicas: capacitación, políticas, comunicación y fortalecimiento institucional.

La CIIA envió un Plan estratégico al Ministerio de Planificación, para que se incluyera en el Plan Nacional de Desarrollo, pero fue devuelto para ser incorporado en los planes de las

instituciones. Solamente se ha logrado la inclusión de algunos aspectos en el Plan Nacional de Salud.

Cabe destacar que esta comisión es un modelo de trabajo interinstitucional e intersectorial a nivel regional, por lo que entidades de financiamiento externo y de investigación como el INPPAZ la miran como una fortaleza de nuestro país en el contexto del desarrollo de la infraestructura de la inocuidad de alimentos.

Recomendaciones

- Conformar un ente estatal que integre en forma concertada toda la normativa en I.A nacional e internacional, que defina una política alimentaria de mayor impacto que aplique medidas sanitarias y fitosanitarias, así como en los principios precautorios en salud animal, salud vegetal y recursos naturales (agua, suelo, aire); para el control y aplicación de las sanciones.
- Implementar un sistema computarizado que registre: información en brotes de ETA, inspecciones (industrias, aguas de riego, ferias del agricultor, mataderos, otros), permisos de funcionamiento, uso de plaguicidas, decomisos; que sirvan como insumo para implementar una política nacional en la vigilancia de la I.A que asigne funciones a las instituciones participantes en forma coordinada con presupuesto permanente para el buen desempeño de las mismas.
- Desarrollar cursos de capacitación en higiene, preparación y manipulación de alimentos frescos y cocidos a nivel hogar, servicios de alimentación, comedores escolares.

Desafíos

- Implementar un sistema de vigilancia sistematizado en I.A que enlace a todos los niveles de gestión (central, local, regional) en las áreas de Salud, agricultura, comercio; con participación de entes públicos y privados que involucren la producción y consumo de los alimentos en cada una de las etapas de la cadena alimentaria.
- Promover la modernización de las ferias del agricultor tanto en infraestructura e higiene como en la asignación de áreas más seguras y adecuadas.
- Implementar un sistema de tratamiento de aguas negras y de desecho previo a ser vertidas en los ríos y el mar.

Bibliografía

Ascencio, 1999. Logros del programa de control de los desórdenes causados por deficiencia de yodo. EN: Nuestro derecho a la nutrición y salud en Costa Rica. UNICEF. Año3(1). Pp: 92-97.

Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). 2000. Sección de Estadísticas de Hospitalización. Departamento del Centro de Información, Ministerio de Salud.
Centro Nacional de Referencia de Cólera (CNRC). 2001. Agentes bacterianos relacionados con los brotes de diarrea en Costa Rica entre 1992-1999 y 2000-2001. Inciensa. Tres Ríos. (Informe interno).
Chacon, F; Barquero, M. 1999. Desarrollo de un método espectrofotométrico para la determinación de histamina en atún fresco (Thunnus Tunna). Universidad de Costa Rica, 2001.
Comercio Exterior (COMEX). http://www.comex.go.cr. Participación de las exportaciones tradicionales y no tradicionales (1985-2000) con base en datos del BCCR y PROCOMER. Consulta realizadad en abril del 2001.
FDA. http:// www.fda.gov/ora/oasis. Detenciones de los productos de Costa Rica. Acceso a la información: Noviembre 1998, Octubre 1999, Octubre 2000, Febrero 2001, Mayo 2001. Octubre 2001 y Agosto 2002..
Fernández, M. 1993. Calidad sanitaria de aguas utilizadas en la irrigación de hortalizas de la provincia de Cartago. (Informe Final al Ministro de Salud). Inciensa. 56p.
Gamboa, M; Rodríguez, E; Gutiérrez, A; 1999. Clostridium perfringens en carnes cocidas en las sodas del cantón Central de San José. Jornadas de Investigación. Memoria de los Resúmenes de proyectos de investigación. Universidad de Costa Rica. p 168.
Guardián, F. 1999. Sistemas de Información en las plantas procesadoras. Laboratorio Nacional de Servicios Veterinarios (LANASEVE). Heredia. Universidad Nacional. Comunicación personal.
Hammer, W. 1999. El comercio de alimentos y la aplicación de los acuerdos MSF y OTC: Situación actual del comercio alimentario, el problema de la inocuidad de alimentos. Conferencia sobre comercio internacional de alimentos a partir del año 2000. Melbourne, Australia. 1999. 350p.
Hernández, L. 1999. Avance del programa nacional en VETA. San José. Ministerio de Salud. Comunicación personal.
Howell, N. 1995. Evaluación de la calidad bacteriológica de ensaladas de barras de hoteles de primera clase del área Metropolitana de San José. Costa Rica. Proyecto de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Tecnología de Alimentos Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San Pedro.
IICA. 1999. Inocuidad de alimentos en el comercio agropecuario internacional. Memorias: Seminario de inocuidad de alimentos en el comercio agropecuario internacional. México, D.F. 1998. Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura. San José.
INCAP/OIR (1969). Evaluación Nutricional de la Población de Centro América y Panamá. Costa Rica. INCAP V-28. Guatemala, Guatemala.
Informe: Estado de la Nación en el desarrollo humano sostenible. 1999 y 2000. p 6-8.
Ministerio de Salud (1953). Programa de alimentación suplementaria en Costa Rica. Dirección General de Salubridad, Departamento de Nutrición, Ministerio de Salubridad Pública. San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud (1986). Encuesta Nacional de Nutrición. Evaluación Dietética, 1982. Ministerio de Salud, San José, Costa Rica.
Ministerio de Salud (1997a). Encuesta Nacional de Nutrición. 2 Fascículo Micronutrientes. Depto. Publicaciones del Ministerio de Salud. San José, Costa Rica.
Ministerio de Salud (1997b). Encuesta Nacional de Nutrición. 1 Fascículo Antropometría. Depto. Publicaciones del Ministerio de Salud San José, Costa Rica.
Ministerio de Salud. 1983. Enfermedades de Denuncia Obligatoria. Decreto No. 14496-SSPS. La Gaceta No. 92, San José. 16 de mayo de 1983.
Ministerio de Salud. 2000. Informe de labores. Memoria anual 1999. Departamento de Publicaciones e Impresiones del Ministerio de Salud. San José, C. R. 93p.
Ministerio de Salud. 2001. Informe de labores. Memoria anual 2000. Departamento de Publicaciones e Impresiones del Ministerio de Salud. San José, Costa Rica. Pág 34, 60, 86.
Ministerio de Salud. http://www.enava@netsalud.sa.cr. Casos registrados de enfermedades de declaración obligatoria, C.R. 1995-1999. Consulta realizada: marzo 2001.
Ministerio de Salud/Ministerio de Educación Pública (2002). Censo Nacional de Talla en Escolares de Primer Grado, 1997. Documento inédito.
Montero, M. 2001. Diagnóstico de situación y propuesta de un sistema integrado de vigilancia e información sobre inocuidad de alimentos en Costa Rica. Tesis para optar por el grado de Magíster Scientificae en Epidemiología. Posgrado Regional en Ciencias Veterinarias Tropicales (PCVET). Universidad Nacional. Heredia. 80 p
Morice, A.C. 1998. Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en Costa Rica. Tres Ríos.
Muñóz, C. & Scrimshaw, N.S.(1995). The nutrition and health transition of democratic Costa Rica. Boston, MA. USA. ISBN 0-9635522-4-4. Pp. 61-117.
Murillo, V; Zúñiga, C; García, V. 1999. Incidencia de baterías patógenas y calidad sanitaria de las tortas de carne congelada. Jornadas de investigación. Memoria de los Resúmenes de proyectos de investigación. Universidad de Costa Rica. p 151.
Organización de la Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) (1999). Perfiles Nutricionales por Países- Costa Rica. FAO, Roma.
Valverde, E. 1999. Manipulación, consumo y residualidad de plaguicidas en algunos productos hortícolas que conforman la dieta de los habitantes del cantón de Pococi, Limón, Jornadas de Investigación. p 73.
Vargas, W. (1995). "Development and Characteristics of Health and Nutrition Services for Urban and Rural Communities of Costa Rica". IN: The Nutrition and Health Transition of Democratic Costa Rica. Carlos Muñoz and Nevin S. Scrimshaw, eds. International foundation for Developing Countries (INFDC). Boston, MA USA. ISBN 0-9635522-4-4. Pp. 61-117.
Yatsko, T 2000. Challenges to food safety in restaurants in Costa Rican. International Conference on food safety in trowel and torism Barcelona. 12-14 april 2000.

Capítulo 9. Salud ambiental

El presente capítulo está conformado por los siguientes cinco apartados, los cuales constituyen en nuestra nación temas importantes de salud pública en el área de la salud ambiental:

1. Asentamientos humanos y vivienda
2. Agua potable y aguas servidas
3. Desechos sólidos
4. Plaguicidas
5. Prevención de riesgos

Como podrá verificarse en cada uno de esos apartados, mucho ha sido lo que el país ha logrado en el mejoramiento de la salud ambiental, lo cual sin duda ha influido en forma importante en los resultados de los índices de salud y calidad de vida de la población, que colocan a Costa Rica en una buena posición dentro de los países en desarrollo. Sin embargo, es necesario reconocer que mucho falta por hacer, lo cual también se refleja en cada uno de los artículos mencionados.

Es importante resaltar que el mejoramiento marginal de un índice de salud cada vez será más costoso y demandará más esfuerzo. No es lo mismo el costo de cada punto porcentual en un índice cuando éste se encuentra bajo, que el costo del mismo punto cuando el índice se acerca más a la meta deseada. Lo que quiere decir que para que el país pueda mejorar su infraestructura sanitaria, será necesario redoblar el esfuerzo y la inversión realizados en el pasado.

Es de esperar que la batalla por ese mejoramiento se intensifique en los años venideros, como resultado de los avances esperados en la calidad de vida propuesta en los planes de desarrollo.

Para facilitar la comprensión del capítulo entero, seguidamente se incluye un breve resumen de cada uno de los campos analizados y de seguido se presentan los artículos detallados correspondientes. Como coordinador de esta sección actuó el ingeniero Jorge Carballo.

Resumen

Asentamientos humanos y vivienda

Fue durante los años 1939 a 1954 que el Estado tomó verdadero interés en el problema de vivienda, oportunidad en que se llevó a cabo importante legislación al respecto y cuando

"se eleva a precepto constitucional el derecho a la vivienda de todos los ciudadanos y el interés del Estado en la vivienda de interés social." Fue en 1954, con la creación del Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo que se unen los dos conceptos de vivienda y urbanismo.

El crecimiento expansivo de la población agudiza el problema tanto de la vivienda como del urbanismo, mientras más recursos y leyes de destinan a su solución, para culminar con la creación en 1979 del Sector Vivienda y Asentamientos Humanos presidido por un ministro y la posterior creación del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda en 1986, conformado por el Banco Hipotecario de la Vivienda y las "entidades autorizadas", organismos públicos y privados dedicados al financiamiento de viviendas, principalmente de interés social. Por su parte, con la baja de intereses de los últimos años, estas "entidades autorizadas" han logrado promover con intensidad el financiamiento de vivienda para la clase media y media-alta sin la ayuda del banco hipotecario, que se ha dedicado prácticamente a la distribución de los recursos del Estado para subsidiar la vivienda de interés social, dejando de lado su función de banco. Entre 1987 y 2000, el Sistema había otorgado 183.456 bonos de vivienda, documento por medio del cual el Estado otorga el subsidio.

El esfuerzo realizado ha sido de gran importancia en la reducción del problema de vivienda. El censo de 2000 registró 1.034.893 viviendas en el país, casi el doble de las 544.079 detectadas en el censo de 1984. Sin embargo, todavía hay una fracción del problema por resolver. El 4,3% de la población vive en asentamientos urbanos marginales constituidos por 33.000 familias.

Pero el ordenamiento del desarrollo urbano no ha ido a la par de los proyectos de vivienda. Al final de siglo, se muestra "...desequilibrado y desordenado, carente de una visión sostenible de largo plazo que propicie un desarrollo integral."

El Plan Nacional de Desarrollo Urbano es la principal herramienta de planificación del uso urbano del suelo, el cual identifica tres ejes fundamentales: 1) el desarrollo sostenible como base conceptual y filosófica del desarrollo del Sector; 2) la descentralización y participación ciudadana como medio para la democratización del Sector, y 3) la renovación y repoblamiento de los centros urbanos como estrategia de crecimiento.

Agua potable y aguas servidas

Desde fecha muy temprana el Gobierno se distinguió por otorgar a las poblaciones los servicios de agua potable y aguas servidas lo que hacía por medio del presupuesto nacional. El Gobierno hacía la inversión a fondo perdido y entregaba los sistemas a las diferentes municipalidades del país. Pero llegó la extraordinaria expansión de la población en la década de los años cincuenta y el presupuesto nacional no pudo dar abasto con la demanda de la nueva población y la reposición de los sistemas existentes que se deterioraban. Pasó el servicio de agua potable a sufrir grandes demandas; las ciudades debían esperar en cola la oportunidad de ver mejorado su sistema. En el caso de las aguas servidas, se abandonó el tratamiento, se descargaron las aguas negras directamente a los ríos y se dejó de construir nuevas redes.

Para solventar la crisis, se creó el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados, hoy el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA) con la idea de localizar en una sola institución las actividades del Gobierno (inversión y construcción) y de las municipalidades (operación y administración), al mismo tiempo que exigía tarifas al costo más un porcentaje para capitalización y desarrollo.

AyA en sus más de cuarenta años de existencia realizó importantes inversiones, tecnificó la operación de los servicios y mejoró las tarifas tratando de llevarlas al costo. Concentró sus esfuerzos en los servicios de agua potable, haciendo una inversión bastante menor en los de aguas servidas. Sin embargo, la resistencia contra las tarifas debido a la cultura existente fomentada por el propio Estado, no le ha permitido llegar al costo, lo que ha paralizado su capacidad de expansión. Hoy en día atiende nada más que al cincuenta por ciento de la población. La otra mitad es atendida por las municipalidades bajo el sistema antiguo que implica la pérdida total de la inversión a través del uso.

Con el tiempo y por esos motivos, AyA pareciera haber abandonado sus pretensiones de expansión a todo el territorio nacional y ha comenzado a realizar obras para los municipios. En los últimos años no ha tenido los recursos necesarios para hacerle frente a las demandas en sus propios sistemas, lo que comienza a notarse en la estación seca. Pero es más grave el caso de los servicios de aguas servidas, donde las mismas inversiones de AyA se han deteriorado y los ríos siguen siendo los receptores de las aguas sin tratamiento (con algunas excepciones), convirtiéndose en uno de los problemas más graves de saneamiento del país.

Mientras más se tarde en lograr llegar al costo de los servicios como la Ley lo ordena, más difícil será hacerle frente a la situación cuando la población sigue creciendo y las inversiones perdiéndose. Los sistemas existentes siguen utilizándose mucho tiempo después de cumplida su vida útil lo que aumenta el costo de mantenimiento y, como tienen valor contable cero, su posible costo de reposición no entra en el cálculo de las tarifas.

No obstante, es importante reconocer los grandes beneficios que la institución ha traído al país. Las importantes obras realizadas, su preocupación por la potabilidad garantizada y el mantenimiento técnico que realiza (a pesar de la escasez de recursos y la obsolescencia de los sistemas), han llevado a extender la cobertura del servicio de agua potable al 100% de la población urbana y al 78% de la rural para dar un promedio nacional del 89%.

Lamentablemente este no es el caso de los servicios de aguas servidas que se siguen vertiendo crudas a los ríos y mares, al mismo tiempo que una proporción importante de la población utiliza tanques sépticos individuales. En esas condiciones, el censo del 2000 reporta que el 89% de la población cuenta con conexión a red o a tanque séptico y un 9% se sirve de letrina o pozo negro.

Desechos sólidos

En los primeros años del siglo XX la recolección municipal de desechos no era común, era más bien una responsabilidad de cada vivienda y comercio. Sin embargo, ya en 1923 se había promulgado la ley sobre Protección de la Salud Pública que establecía la responsabilidad

de las Municipalidades de velar por el saneamiento básico a nivel local; sin embargo, esa ley no le daba un tratamiento destacado a los aspectos relacionados con el manejo de los desechos sólidos. La recolección de desechos por parte de las Municipalidades era realizada solamente en los centros urbanos. Comenzó a aumentar la cobertura cuando se iniciaron los primeros asentamientos de vivienda de interés social en los años cuarenta.

En 1949 se promulga el Código Sanitario que establece la obligación de las Municipalidades de hacerse cargo del servicio de recolección, acarreo y disposición de las basuras y de realizar esta actividad en condiciones higiénicas. Es a partir de esta ley que se inicia formalmente este tipo de servicio.

La promulgación de la Ley General de Salud, en 1973, significó una adecuación de la legislación a las condiciones sociales, ambientales y económicas que se dieron después de 24 años de haberse emitido el Código Sanitario. Esta legislación no sólo contempla nuevos aspectos de saneamiento básico, relacionados con la peligrosidad de los desechos especiales y su posible efecto en el ambiente y la salud de las personas, sino que incorpora un aspecto novedoso, ya que plantea oficialmente las prácticas de separación (segregación), recolección, acumulación, reutilización y tratamiento de los desechos. Esta Ley reitera la obligación de las Municipalidades de recolectar, acarrear y disponer los desechos sólidos.

A partir de 1950 se da un crecimiento acelerado de la población urbana en el área metropolitana de San José, la cual, ¡unto con los cambios en las prácticas de consumo al darse la industrialización del país y la intensificación de las explotaciones agrícolas, se manifestó en un incremento en la producción de desechos y en una modificación de su constitución, ya que los a los desechos comunes biodegradables, que eran la mayoría, se incorporaron los desechos agroindustriales y los desechos especiales (hospitalarios, industriales y químicos). Para atender una disposición adecuada, se estableció el vertedero de Río Azul, a mediados de los setenta, para servir a las municipalidades del Área Metropolitana. Sin embargo, los otros gobiernos municipales no previeron soluciones técnicas al problema, sino que dispusieron depositar la basura en tiraderos a cielo abierto.

Los desechos industriales peligrosos se depositan en botaderos o se queman al aire libre. Los desechos hospitalarios se manejaron durante muchos años sin cuidados especiales; fue después de la aparición del SIDA, que la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en el año 1986, tomó medidas de protección especiales que aumentaron sustancialmente las cantidades de desechos bioinfecciosos producidos en el sistema hospitalario. Para responder al problema, en 1995 la CCSS emitió una Norma Institucional para el manejo de estos desechos e inició un programa de capacitación del personal hospitalario y la implementación de la norma. Sin embargo, sigue sin resolverse su disposición final, debido a la ausencia de rellenos sanitarios que cuenten con una celda especial para este tipo de desecho.

Para el año 1999, de acuerdo con el Sexto Informe sobre el Estado de la Nación, de los rellenos sanitarios y los simples botaderos de basura sólo un 20% se maneja bajo normas técnicas aceptables. El 47% de las municipalidades dispone de los desechos en vertederos a cielo abierto sin ningún control.

Al terminar el siglo 20, "el problema de la recolección y disposición final de los desechos sólidos siguió sin resolverse en gran parte del país".

Se puede concluir que Costa Rica tiene unos sistemas de recolección y disposición de desechos sólidos inapropiados para la magnitud del problema ambiental generado por décadas de descuido, que puede volverse inmanejable en un corto tiempo. Pese a haberse declarado el manejo de los desechos como emergencia nacional, hasta el momento no se cuenta con soluciones definidas o viables.

La solución parece requerir de una política nacional clara a nivel central, un compromiso entre los gobiernos locales, la concienciación y educación de la sociedad y la identificación e implementación de tecnologías sustentables acordes con la capacidad económica del país.

Plaguicidas

Las primeras aplicaciones de plaguicidas en grandes extensiones fueron realizadas por la compañía bananera United Fruit Company (hoy Chiquita Brands) a principios del siglo XX. En cuanto a los pequeños agricultores, éstos recurrían en esos años a diversos tipos de recetas caseras.

Después de 1945, los plaguicidas arsenicales fueron poco a poco reemplazados por la primera generación de plaguicidas sintéticos, principalmente por DDT, clordano, aldrín, dieldrín, toxafeno y lindano. Con la síntesis de nuevos compuestos orgánicos, éstos empiezan a cobrar especial importancia con la aparición de la denominada "revolución verde", sustentada en cultivares mejorados de alta producción.

Independientemente de las importaciones directas de agroquímicos que hacían las compañías bananeras, en la primera mitad del siglo XX, la distribución y promoción a bajo costo de estas sustancias, así como de sus aparatos de aspersión, se realizó principalmente por medio del Departamento de Agricultura, el Centro Nacional de Agricultura, la Secretaría de Agricultura, la División de Producción de Alimentos del Instituto de Asuntos Interamericanos (IAI) de los Estados Unidos en colaboración con el Ministerio de Agricultura y el Servicio Técnico Interamericano de Cooperación Agrícola (STICA). La importación de plaguicidas para la venta por parte de la empresa privada antes de 1950 estaba limitada a unos pocos productos. STICA realizó un papel importante en la conversión a una agricultura de mercado y exportación, y bajo este contexto, estimuló en forma importante el uso de los agroquímicos y los implementos de su aplicación. Las primeras empresas importantes de agroquímicos en Costa Rica aparecieron a principios de la década de los años sesenta, presumiblemente como parte del proceso de industrialización generado por el Mercado Común Centroamericano (MCCA).

No es sino hasta en los años setentas, en que el incremento en la importación de plaguicidas fue acompañado por una ligera conciencia acerca de los riesgos de su uso, que provocó la imposición de medidas restrictivas, principalmente la prohibición de algunos plaguici-

das particularmente peligrosos. En 1970 se creó la primera Comisión Nacional para Plaguicidas con el fin de coordinar esfuerzos para regular el uso de los plaguicidas en el país. En 1978 la Ley de Sanidad Vegetal requería del registro de todos los plaguicidas importados.

En el área de la salud pública, a partir de 1946 se comenzaron las aplicaciones de DDT en las viviendas de las fincas bananeras, con la intención de controlar la diseminación de la temida enfermedad del paludismo. Pocos años después (1953) la aplicación de este insecticida se hizo extensiva a toda el área malárica del país. Los primeros datos de resistencia al DDT por parte del vector de la malaria (Anopheles albimanus) se registraron a finales de 1967, lo cual hizo necesario la utilización de una serie de otros productos que al poco tiempo mostraban igualmente resistencia.

Una visión ecológica del problema fitosanitario abre nuevos horizontes, al implicar medidas estructurales de manejo de los organismos del agrosistema que se manipula. Para ello se requiere de una reorganización de la producción agrícola, para hacer del campo agrícola una unidad de producción que respete las leyes fundamentales de la ecología, así como la calidad de vida de los seres humanos involucrados en esta actividad.

A la fecha las políticas del Estado han estado dirigidas principalmente a la elaboración de leyes y reglamentos que intentan ordenar y regular en forma significativa la situación existente del uso de sustancias nocivas, a llevar el registro de los plaguicidas que se importan y a realizar análisis de residuos de plaguicidas en alimentos, agua, sedimentos y suelos, así como a realizar análisis de calidad de algunos de los plaguicidas.

Bajo las condiciones señaladas es difícil evitar las intoxicaciones por plaguicidas y en especial disminuir los casos de intoxicación, mientras la realidad no cambie.

Con base en lo anterior, puede verse la necesidad, urgencia y conveniencia de emprender acciones tendientes a lograr la difusión y la consolidación de los principios de la agricultura orgánica en nuestro medio, a la mayor brevedad posible, para lograr una agricultura realmente sostenible, con el consiguiente beneficio económico, social, de salud y ambiental para los productores, los consumidores y el ambiente en general.

Prevención de Riesgos

Costa Rica, desde 1910, cuando ocurrió el terremoto de Cartago, que provocó aproximadamente 1000 muertos, inició el abordaje de los desastres provocados por eventos naturales, sin embargo, fue en la década de los sesenta, producto de las erupciones volcánicas y de fenómenos hidrometeorológicos, que se hizo más evidente la necesidad de organizarse para abordar las emergencias, mitigar los efectos de los eventos y enfrentar los procesos de recuperación posteriores. En esa etapa, fue notoria la participación de ingenieros civiles y posteriormente de médicos, quienes trabajaron con las organizaciones estatales en aspectos de atención de la emergencia, sistematización de la información, prevención de desastres y capacitación a la población. Esto le dio a nuestro país una característica diferente a la de la mayoría de los países en el abordaje de los desastres, ya que en ellos, el tema de desastres

estuvo y aún está en manos del ejército, mientras que en Costa Rica, fueron civiles los que asumieron el liderazgo y le dieron una característica que mezcló organización y logística con visión humanitaria y asistencialista que se mantiene hasta la fecha.

La creación de la Oficina de la Comisión Nacional de Emergencias en 1974, como entidad encargada de la planificación y ejecución en emergencias, permitió la coordinación de los planes de socorro desde el momento del desastre hasta el final de la rehabilitación, sin embargo, no se asumieron los temas de prevención y preparación.

En la década de los ochenta, movimientos sísmicos y fenómenos hidrometeorológicos, provocaron gran impacto en diversos lugares del territorio nacional, lo que obligó a una reorganización de la Comisión Nacional de Emergencias y a un abordaje intersectorial de las emergencias. A partir de 1990, se refuerza el accionar intersectorial y se promueven programas educativos en comunidades, centros de enseñanza e instituciones, así como la organización comunal y regional pues se puso en evidencia la necesidad de fortalecer la participación local, luego de los sismos de 1990 y 1991. También se elaboró el Plan Nacional de Emergencias, que fue aprobado en 1993. Además, se inicia el trabajo de capacitación y sensibilización en el tema de desastres provocados por eventos de origen antrópico, ya que hasta esa fecha, se priorizaban los eventos de origen natural.

La Ley Nacional de Emergencias, aprobada en 1999, transforma la Comisión Nacional de Emergencias en la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE), lo que permite a esa institución actuar en la prevención, la atención y la rehabilitación en situaciones de emergencia o desastre.

Actualmente, la CNE promueve el trabajo intersectorial desde el nivel comunal hasta el nacional, como la estrategia que permite el abordaje integral desde la prevención y preparación hasta la rehabilitación, en situaciones de emergencia. Por esta razón, la elaboración de planes de emergencia a todo nivel, con ese enfoque, es fundamental para lograr el impacto deseado, sobre todo en la prevención y mitigación.

1. Asentamientos humanos y vivienda

*Rolando Fournier Zepeda**
*Elías Rosales Escalante***
*Sonia Vargas Calderón ****

Costa Rica, desde sus inicios, fue un país de neta vocación rural, donde los habitantes buscaron para asentarse las tierras más aptas para la agricultura. La privilegiada situación del Valle Central atrajo a la mayor parte de la población, dedicándose a las tareas agrícolas

** Ingeniero civil, profesor asociado, Coordinador del Programa de Investigación y Desarrollo CIVCO-ITCR*
*** Ingeniero civil, catedrático-investigador, funcionario de CIVCO-TCR*
****Ingeniera, profesora - Investigadora en el CIVCO-ITCR*

para su subsistencia. La tierra estaba repartida, en general, en pequeñas parcelas donde habitaba la familia campesina y, en las fincas más grandes, era usual que el propietario cediera un pequeño solar a sus trabajadores para que construyeran su vivienda y en muchos casos suplían también las casas.

El crecimiento demográfico movió a muchas familias a buscar otras tierras que cultivar, fundándose nuevos pueblos más allá de la Meseta Central.

Hasta principios del siglo XX las necesidades de vivienda fueron resueltas por iniciativas privadas o municipales. En 1900 se dan muestras de interés público por los aspectos de vivienda de interés social y su entorno urbano, y es así como entre 1900 y 1938 se presentaron intentos esporádicos para atender el problema, tanto mediante leyes específicas como dando contenido económico a modestos programas de vivienda, pero sin que existiera una institución especializada en el tema. En este periodo se sientan algunas bases para una legislación futura.

Puede considerarse que a partir del terremoto de Cartago en 1910 se marca la diferencia en cuanto a la incidencia de la actividad sísmica como causa de desastres en el país, pues como consecuencia del terremoto, el gobierno de Ricardo Jiménez publicó un "Reglamento de Construcciones Urbanas para Cartago", pero en la práctica se aplicó en todo el país. En el artículo 14 dice: No se permitirá en ninguna clase de construcción, dentro de la ciudad, el empleo de adobes, calicanto o piedra. A raíz de este reglamento se generaliza el uso de materiales como la madera, el bahareque y edificios con "estuche de hierro y acero".[1]

De 1939 a 1954, el Estado costarricense reconoce la necesidad de atender el problema de la vivienda, creándose algunos organismos que asumirían esta función. En 1939 se creó la Junta Nacional de la Habitación, que queda establecida definitivamente en diciembre de 1940, por Ley No. 37. En 1942, por Ley No. 190, se constituye la Cooperativa de Casas Baratas denominada "La Familia". En 1945, por Ley No. 148, llamada "Ley de la Habitación", la Junta y la Cooperativa se integran al patrimonio de la Caja Costarricense de Seguro Social y se crea el Departamento de la Habitación. En ese mismo período, mediante el artículo No. 65 de la Constitución Política, se eleva a precepto constitucional el derecho a la vivienda de todos los ciudadanos y el interés del Estado por la vivienda de interés social. Hasta el momento no se tomaba en cuenta la planificación urbana integral, sino que las urbanizaciones se situaban de acuerdo con la oferta de la tierra, las facilidades de servicios y las preferencias de los urbanizadores.

En 1954, mediante Ley No. 1788, surge el Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo (INVU), como entidad autónoma, especializada y con recursos jurídicos, administrativos, técnicos y financieros, coordinándose así, dentro de un mismo organismo, el binomio vivienda-desarrollo urbano. Los recursos permiten cierta continuidad en los desarrollos y planes residenciales progresivos, gracias a una adecuada política de adquisición de tierras.

---

1 Silvia Meléndez, Zurquí, La Nación. Agosto, 2002.

Costa Rica, desde la colonia hasta la década de los años cincuenta, aproximadamente, mantuvo un esquema de desarrollo eminentemente agrícola, que tendía a ampliar su frontera productiva creando polos de desarrollo en diferentes regiones del país. Sin embargo, a partir del modelo de sustitución de importaciones de los 60, se establece un cambio de política que empieza a concentrar gran cantidad de infraestructura y servicios en las cuatro ciudades más importantes del país: San José, Heredia, Alajuela y Cartago-, con lo que se inicia una gran espiral de desarrollo urbano concentrado.

El agotamiento de las fronteras agrícolas y la incipiente industrialización desarrollada en el Valle Central crearon expectativas en los campesinos que buscaron en las grandes ciudades las oportunidades de trabajo que ya no encontraban en el medio rural. Diversos servicios, como gobierno, comercio y banca, se instalaron en la ciudad de San José, la que adquirió una dinámica moderna, contrapuesta al ruralismo conservador. Estos atractivos provocaron una incipiente migración campo-ciudad que hizo que las autoridades nacionales debieran preocuparse por la falta de viviendas donde alojar a los nuevos ciudadanos.

En 1961, con la Ley de Erradicación de Tugurios y Defensa de sus Arrendatarios No. 2760, se declara de utilidad pública todo lo relacionado con la satisfacción de las necesidades de vivienda popular en las áreas urbanas y rurales del país. Por otro lado para otros sectores, tanto el Sistema Bancario Nacional como otras instituciones (Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros) incrementan sus planes de financiamiento de vivienda. Complementariamente en 1969 se crea el Sistema Nacional de Ahorro y Préstamo, por Ley No. 4348, reformada en febrero de 1973 por la Ley No. 5177. Esta legislación dio origen a las Mutuales, que son entidades privadas de ahorro y crédito, sin fines de lucro. El objetivo de estas entidades es fomentar el ahorro interno y, junto con otros recursos nacionales y extranjeros, financiar la construcción, adquisición, ampliación, reparación y conservación de viviendas.

Con el advenimiento de los grupos de presión, al finalizar la década de los setenta e inicios de la de los ochenta, -y ante la dimensión del problema de la vivienda en ese momento- surge la necesidad de enfocar este tema como un sector prioritario del gobierno. Así, por decreto No.10458 del 27 de agosto de 1979, se crea el Sector Vivienda y Asentamientos Humanos y la secretaría correspondiente, donde participan varias entidades y organismos ligados a la construcción de vivienda y programas afines y complementarios. Así mismo, para coordinar todas las acciones que realizaban las instituciones del sector, se creó un Ministerio sin cartera. Posteriormente, mediante decretos No.14171-P del 29 de diciembre de 1982 y No.14131-P del 22 de marzo de 1983, se modificó la constitución del sector vivienda y asentamientos humanos, ratificándose la creación del Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos como ente rector que dicta las directrices y políticas en materia de vivienda, y se define al INVU como institución ejecutora de programas de vivienda, y no como la institución líder.

Años más tarde, mediante la Ley No.7052 del 6 de noviembre de 1986, se crea el Sistema Financiero Nacional para la Vivienda, conformado por el Banco Hipotecario de la Vi-

vienda (BANHVI) y un grupo de instituciones financieras denominadas "entidades autorizadas" entre los que se integran las mutuales anteriores. El BANHVI es el organismo financiero que canaliza los fondos y dicta políticas financieras del sector.

El bono familiar de vivienda

El Sistema fue creado para incentivar la construcción de viviendas de todo tipo. La solidaridad entre los que tienen con los que no tienen, supone la solución de vivienda para los que no tienen. Por eso el BANHVI se formó con dos fondos: el FONAVI que es el fondo que le da al BANHVI carácter de banco y que es un fondo revolvente y creciente, y el FOSUVI, que es un fondo de subsidios para las viviendas de interés social que proviene de Asignaciones Familiares (FODESAF).

El BANHVI da acceso a vivienda a las familias de bajos ingresos, la que se define como aquella con ingresos inferiores a 4 veces el salario mínimo de un trabajador de la construcción no especializado.

Según lo expuesto por Gutiérrez y Vargas [2], cerca del 25% de las familias tienen ingresos inferiores a un salario mínimo de un obrero no especializado de la construcción. Por debajo de cuatro salarios mínimos, nivel aceptado para las familias elegibles al subsidio habitacional, se encuentra el 81% de las familias. Esto significa que quedan excluidos del subsidio únicamente los dos últimos deshiles de ingreso.

El bono familiar de vivienda (BFV) se puede aplicar para compra de casa y de lote, construcción en lote propio o para mejoras (lo cual incluye reparaciones y ampliaciones).

Entre 1987 y 2000 se han otorgado un total de 183 456 bonos de vivienda distribuidos de la siguiente manera:

Bonos otorgados según zona geográfica
Informe General [3]

								Año							
	1987	**1988**	**1989**	**1990**	**1991**	**1992**	**1993**	**1994**	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**TOTAL**
Rural	9	2 952	5758	6675	7595	5785	6 172	3417	5064	5416	5948			13975	
Urbano	82	4 645	7663	8779	7431	9453	10673	5981	10644	12006	14339			5758	
Total	91	7597	13421	15454	15088[1]	15238	16845	9398	15708	17422[2]	20287	10652[3]	6602[4]	19733[5]	183456

Fuente: Los datos de 1987 a 1997 se tomaron de un cuadro similar del documento Plan de Gobierno Rodríguez Echeverría, cuya fuente, en su oportunidad, fue el BANHVI. Para este trabajo en particular, no fue posible por medio del BANVHI completar y reconfirmar esta información

1. No coincide la suma de la cantidad rural más la cantidad urbana, con el total anotado.
2. Dato no coincide con valor total registrado en el VI informe del Estado de la Nación, donde aparece como 17 423.
3. Dato total proveniente del VI informe del Estado de la Nación.
4. Dato total proveniente del VI informe del Estado de la Nación.
5. Información tomada del Informe de Gobierno, sobre vivienda, presentado en mayo 2001.

2 Gutiérrez, Vargas. Costa Rica: Una Revisión de las Políticas de Vivienda Aplicadas a Partir de 1986. Santiago de Chile, CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo, 1997. Pp. 77.

3 OPS, Diagnóstico Salud en la Vivienda en Costa Rica, Agosto 2001

Ante el crecimiento acelerado de la población, la escasez de vivienda que afecta sobre todo a las clases sociales más débiles, las cuales viven en tugurios que no reúnen las condiciones mínimas de salubridad y habitabilidad, el 29 de octubre de 1986, mediante decreto No. 17270-P, se declara emergencia nacional la erradicación de tugurios y se crea un Fondo Especial de Erradicación de Tugurios como parte del Fondo Nacional de Emergencia. Para su administración se crea la Comisión Especial de Vivienda (CEV). Lo anterior, toda vez que se considera que la estructura del INVU no puede enfrentar este reto, por estar sujeta a los procesos de contratación que exige la Ley de Administración Financiera de la República y el Reglamento de la Contratación Administrativa. Sin embargo, por sentencia No. 3410-92 del 10 de noviembre de 1992, la Sala Constitucional, ante cuestionamientos de la Contraloría General de la República, ordena el cierre de la citada Comisión, lo que hace que los proyectos a su cargo sean distribuidos entre algunas entidades autorizadas para lograr su conclusión.

La situación habitacional de las clases media alta y alta en Costa Rica la han resuelto los interesados, comprando un lote urbanizado en los centros urbanos o en el lugar en que hayan querido asentarse, y contratando la construcción de la vivienda a que aspiran, con sus propios recursos o con financiamientos disponibles en el Sistema Bancario o entes financieros a los que, por su condición económica, tuvieran acceso. La baja de los intereses y la disponibilidad de recursos en los bancos, en la década de los noventa, vinieron a crear la nueva modalidad de construcción de casas para vender, que se ha extendido y popularizado mucho en el país. El condominio, tanto horizontal como vertical se popularizó. Actualmente se cuenta con fondos hipotecarios, engrosados con los fondos de pensiones que han hecho accesible la vivienda a la clase media, media-alta, y a la clase alta, lo que vino a transformar mucho el mercado de vivienda.

Características de las viviendas

Ocupación y distribución de las viviendas

El V Censo Nacional de Vivienda registró, a junio del 2000, un total de 1 034 893 viviendas de las cuales 1 033 939 eran individuales y 954 colectivas. Con respecto al Censo de 1984, el número de viviendas casi se duplicó, al pasar de 544 079 a 1 034 895, con una tasa media anual de crecimiento de 5,6 por ciento, de las cuales el 49% se sitúa en el área urbana y el 51% en el área rural. En general, la densidad es de 75 habitantes por kilómetro cuadrado. Del total de viviendas individuales, el 90,5% estaban ocupadas al momento censal y el 9,5% se encontraban desocupadas. El porcentaje de viviendas desocupadas es mayor en Puntarenas (15,4%), Limón (12,3%) y Guanacaste (12,0%). Por el contrario, fue en San José (7,4%) y en Cartago (7,5%) donde menos se presentó esta condición, mientras que Alajuela presenta una situación intermedia con un 10 por ciento de viviendas desocupadas. El promedio de ocupantes por vivienda individual fue de 4,1 para el total del país, cifra me-

nor a la registrada para el Censo de 1984 (4,8 personas por vivienda). La provincia de Cartago presentó el mayor promedio (4,3) y el resto de provincias no muestran diferencias significativas.

El 4,3% del total de la población se encuentra ubicada en 302 asentamientos urbanos marginales, ocupados por 33 000 familias. Anualmente se atienden aproximadamente unos 20 de estos asentamientos a nivel nacional.

Cantidad de precarios por provincia [4]

Provincia	Precarios a nivel nacional
San José	104
Alajuela	47
Cartago	32
Heredia	27
Guanacaste	26
Puntarenas	42
Limón	24
TOTAL	**302**

Servicios básicos en las viviendas

Uno de los principales objetivos del Censo de Vivienda es la medición de la disponibilidad de servicios básicos, tales como electricidad, agua y servicio sanitario. Para las viviendas individuales ocupadas los resultados muestran que el 96,7% tiene electricidad; el 89,5% tiene servicio sanitario conectado a una alcantarilla pública (cloaca) o a un tanque séptico; el 89,3% consume agua cuya procedencia es de un acueducto y el 97% se abastece de agua por medio de una tubería. En general, se registró un incremento de la disponibilidad de servicios básicos a las viviendas con respecto a la situación registrada en el Censo de 1984. El servicio que más se incrementó fue la tenencia de servicio sanitario conectado a una alcantarilla pública o a un tanque séptico, que pasó de 66,5% a 89,4% en el año 2000.

Tendencias actuales del crecimiento urbano

En general, Costa Rica termina el siglo XX con un desarrollo urbano y habitacional desequilibrado y desordenado, carente de una visión sostenible de largo plazo que propicie su desarrollo integral. Particularmente, el espacio habitacional de los sectores más empobrecidos muestra las siguientes tendencias: crecimiento horizontal desordenado; contaminación ambiental; problemas de accesibilidad a la infraestructura social básica: trabajo, educación,

4 OPS, Diagnóstico Salud en la Vivienda en Costa Rica, Agosto 2001.

comercio; inadecuado manejo de los desechos líquidos y sólidos; escasez de zonas de esparcimiento y de protección ambiental; construcción en zonas de riesgo compuesto; incremento de la segregación social; inseguridad ciudadana; patrones de consumo material y energético insostenibles; estética espacial pobre.

Plan Nacional de Desarrollo Urbano

Las ciudades, motores del crecimiento y desarrollo de los países, son sistemas que requieren de un adecuado marco de políticas nacionales y locales, y de calidad en la gestión, para funcionar en forma coordinada y ofrecer igualdad de oportunidades a todos los ciudadanos de mejorar su calidad de vida. La pobreza urbana hay que mirarla en forma integral; las intervenciones no pueden seguir siendo sectoriales. Los problemas de desigualdad de ingresos e inequidad, típicos de la pobreza urbana, están directamente relacionados con la falta de poder y la vulnerabilidad individual y comunal. Ante estos problemas, los gobiernos locales surgen como el nivel adecuado de suministro de los servicios públicos esenciales, donde las políticas se encuentren con las personas.

La vivienda tiene un papel decisivo en la calidad de vida de la gente. El acceso a una vivienda digna no está limitado por factores de tipo tecnológico o de falta de insumos, sino por restricciones financieras, al absorber una parte significativa del ingreso familiar. Sin una política nacional de vivienda, sólo los grupos de mayores ingresos podrían tener acceso a una vivienda.

El Plan Nacional de Desarrollo Urbano, PNDU, creado por Decreto Ejecutivo No. 28937, es la principal herramienta de planificación del uso urbano del suelo. Este uso debe estar subordinado a otros usos y restricciones que deben ser considerados como intocables: áreas protegidas, anillos verdes de contención del crecimiento, corredores biológicos, zonas de riesgo o vulnerables, protección de mantos acuíferos y cuencas hidrográficas, y otras áreas con restricciones para el uso urbano.

Dentro del contexto del área temática de vivienda y asentamientos humanos del Plan Nacional de Desarrollo Urbano, se visualiza y define la vivienda como un espacio habitacional saludable, seguro, funcional, accesible y asequible, que proporcione al usuarios servicios, instalaciones y comodidades básicas, en un entorno que ofrece las mismas oportunidades a todas las personas de llevar una vida sana, segura y productiva, en armonía con la naturaleza y su patrimonio cultural.

En vivienda y asentamientos humanos el Plan Nacional de Desarrollo Urbano identifica tres ejes fundamentales:

El desarrollo sostenible, como base conceptual y filosófica del desarrollo del sector.

El desarrollo sostenible se conceptualiza como el proceso dinámico de desarrollo que satisface las necesidades y aspiraciones de las presentes generaciones sin comprometer las po-

sibilidades de las futuras generaciones de satisfacer las suyas. Por lo tanto, el manejo de los recursos naturales (agua, suelo, aire, energía y biota) producto de la actividad del hombre en su búsqueda por lograr un hábitat digno, de llevar una vida con calidad, sana, segura y productiva, debe realizarse en armonía con la naturaleza y su patrimonio cultural, garantizando la existencia independiente de todas las especies, sin destruir la base ecológica ni alterar los sistemas de soporte vital de los que depende la calidad ambiental y el desarrollo social y económico futuro.

En una planificación del desarrollo urbano a mediano y largo plazo, el elemento más vulnerable es el recurso agua. Por esta razón la planificación debe sustentarse en un manejo cuidadoso de las cuencas hidrográficas, garantizando su sostenibilidad.

La descentralización y participación ciudadana, a todo nivel, como medio para democratizar el sector y promover el empoderamiento de la ciudadanía.

La democracia participativa surge como nuevo paradigma del desarrollo de la humanidad. El empoderamiento de la ciudadanía debe acompañarse con mecanismos efectivos de descentralización en la toma de las decisiones, participación efectiva y eficaz, capacitación, acceso a la información y mecanismos adecuados de fiscalización y control. Convertir a los ciudadanos en actores proactivos de su propio destino es un compromiso impostergable, que no podrá lograrse sin una descentralización debidamente articulada.

La renovación y repoblamiento de los centros de ciudad, como estrategia de crecimiento.

Considerando lo limitado del territorio nacional, y ante un crecimiento sostenido de la población que presiona por un uso extensivo del mismo, la única respuesta racional viable es establecer una mayor concentración poblacional, articulada por medio de un muy efectivo sistema de transporte público. Para propiciar esta concentración poblacional, deben crearse estímulos económicos y facilidades para que la vida en los centros de ciudad vuelva a ser atractiva.

Se trata de hacer económica, política, social y jurídicamente viable la renovación y repoblamiento de las ciudades, con la vivienda como elemento revitalizador, promoviendo, como estrategia de densificación, el concepto de "baja-mediana altura, alta densidad".

2. Agua potable y aguas servidas

*Ing. Jorge Carballo**

Desde muy temprano, los gobernantes de Costa Rica se preocuparon por dotar a las poblaciones del país de los servicios de agua y de aguas servidas. Es cierto que la preocupación por servir a la comunidad -tan arraigada en la tradición nacional- y la razón de que nunca se dieran gastos importantes en el mantenimiento de ejércitos, tuvieran mucho que ver con ese hecho; pero que reconocieran desde fecha tan prematura la importancia de estos dos servicios, no deja de llamar la atención.

En Costa Rica, un país pequeño, pobre y de poca población, no fueron las municipalidades las que asumieron la responsabilidad de suministrar esos servicios como era la tradición en la América Hispana, sino que fue el gobierno nacional el que asumió la iniciativa y el costo de la inversión y por tanto vio el problema con carácter nacional, si bien después de realizar las obras, las entregaba en operación a las municipalidades.

En todo caso, lo que es importante reconocer, es la ocurrencia de las dos condiciones que hicieron posible lo que se logró en el pasado en relación con estos dos servicios públicos: la visión nacional del problema por parte de los gobiernos, no obstante mantener la administración de los servicios a nivel local, y el escaso número de poblaciones y su pequeña dimensión, lo cual permitió que las obras se pudieran realizar con los recursos del presupuesto nacional. En esa forma, ya en la década de los años cuarenta, la mayoría de las cabeceras de cantón llegaron a tener su sistema de agua y las ciudades principales su sistema de evacuación de las aguas servidas incluyendo tratamiento.

Para realizar empresa tan importante, se había creado el Departamento de Obras Hidráulicas en el entonces Ministerio de Obras Públicas.

Las municipalidades, para suministrar los servicios directamente a los usuarios, establecían una tarifa únicamente

para cobrar, si acaso, el propio costo de administración. Como la obra había sido del Gobierno, el patrimonio no se registraba en la municipalidad y por tanto la depreciación de las obras (la recuperación de su valor) no entraba en las tarifas. La inversión era a fondo perdido, se consumía con el uso de los sistemas. Por otra parte, las municipalidades nunca llegaron a desarrollar preocupación alguna por cuidar la inversión: si la obra se deterioraba o se perdía, ahí estaba el Gobierno para que la repusiera. Esta dependencia de las municipalidades del gobierno central, con el tiempo llegó a ser mucho más amplia; las municipalidades no llegaron a desarrollar capacidad técnica para operar bien los sistemas ni se preocuparon por la potabilidad del agua o por el adecuado tratamiento de las aguas negras; tampoco desarrollaron capacidad administrativa para conocer sus verdaderos costos e interesarse por ajustar tarifas.

**Ex presidente Ejecutivo AyA*

Esto creó tres grandes problemas. Por un lado, con el crecimiento de la población, el cual se aceleró vertiginosamente en las décadas de los años 40 y 50, se hacían necesarias importantes obras de expansión, mientras por otro, había que reponer las obras existentes que con los años se agotaban. El presupuesto nacional no daba para tanto. La población crecía geométricamente y con ella las necesidades, pero no sucedía igual con el presupuesto.

En segundo lugar, el descuido de la operación y mantenimiento de los sistemas por parte de las municipalidades, hacía que éstos se deterioraran en forma acelerada, con lo que duraban mucho menos tiempo del debido, obligando a una reposición prematura, desde luego más dispendiosa.

Por último, la forma de solución establecida, llevaba al disfrute de los servicios a un precio ridículamente bajo. Las tarifas que pretendían solamente recuperar el costo de administración directa sin incluir la depreciación, ni siquiera eran ajustadas a ese costo, representando una pérdida para las municipalidades, reacias a subir tarifas. Pero al mismo tiempo, y eso fue lo más grave, acostumbraron a la población a tener un servicio, si bien deficiente, muy barato.

Fue en esos años cuarentas y cincuentas, que la ayuda externa de los Estados Unidos de América estableció los llamados Servicios Cooperativos Interamericanos de Salud Pública en los países latinoamericanos. Fue precisamente por intermedio del Servicio Cooperativo de Costa Rica que llegó al país la nueva tecnología sobre ambos servicios. El Servicio no solamente contrató personal especializado en ingeniería sanitaria, sino que se preocupó por dar becas para que ingenieros nacionales se prepararan en esa especialidad. Por otro lado, canalizó ayuda hacia la ejecución de obras; fue en esa época que se construyó la llamada Planta Alta de Tres Ríos para agregar más caudal al sistema de San José. Ayudó igualmente a fomentar la verdadera preocupación por la potabilización del agua.

En 1950, el Ministerio de Salubridad Pública estableció el Departamento de Ingeniería Sanitaria y fue también en esa época que la OPS se interesó directamente en asistir, asesorar y participar en el estudio de los problemas que se presentaban en dichos servicios.

Pero la ayuda, si bien importante, no podía suplir el déficit del modelo en aplicación: una población en crecimiento vertiginoso, demandando con gran fuerza la mejoría de unos servicios que por haber llegado a disfrutarlos se volvieron indispensables, no dispuesta a pagarlos a su verdadero costo porque el propio Estado le había enseñado que eran gratis o casi gratis, y un gobierno sin recursos suficientes para continuar otorgándoselos.

El sistema hizo crisis en todo el país en los años cincuentas. Las pocas plantas de tratamiento de aguas negras fueron abandonadas y las descargas se hicieron directamente a los ríos. Se abandonó la idea de construir nuevos sistemas de alcantarillado sanitario o de extender los existentes y se puso de moda como única alternativa al pozo negro, el tanque séptico. En el caso del agua, se dejaron de hacer obras para agregar más caudal y solamente se extendían las redes para compartir la poca agua existente con las nuevas urbanizaciones, empeorando la situación. Los escasos recursos existentes iban todos a las ciudades con problemas más críticos y se paralizaron los programas para llegar a las poblaciones que toda-

vía no disfrutaban del servicio. La mayoría de las ciudades importantes debían aceptar el racionamiento y hacer fila esperando la posibilidad de la reconstrucción de su sistema.

El costo social fue de incalculables proporciones. La población tuvo que pagarlo admitiendo los malos servicios y el racionamiento y, lo que es peor, acostumbrándose, poco a poco, a ellos. Prefirió el mal servicio a pagar lo que cuesta el bueno, porque en realidad este último le era desconocido.

Ante esa situación y la crisis de racionamiento insoportable que se había creado en gran parte del Área Metropolitana de San José, el Gobierno de los Estados Unidos de América hizo una donación para que se realizara un estudio integral de esta área, el cual recomendó el financiamiento y la construcción de un proyecto importante, bajo la condición de crear un organismo independiente que lo llevara a cabo y luego se hiciera cargo de la administración del servicio y de la amortización de la deuda, en cuyas condiciones estaría anuente a financiarlo.

Con la ayuda y asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud, los técnicos nacionales, reconociendo que el problema era nacional y que tarde o temprano las demás ciudades se verían en la misma situación que el área metropolitana de la capital, tomaron el camino de recomendar un ente autónomo que asumiera esa responsabilidad en todo el territorio nacional, si bien debía dar prioridad a la ejecución del proyecto del área metropolitana.

El Gobierno acogió las recomendaciones y finalmente, el 14 de abril de 1961, emitía la Ley No. 2726 que creaba el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillado, hoy Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, más conocido por Acueductos y Alcantarillados o por las siglas AyA. La nueva institución reunía a los Departamentos de Obras Hidráulicas del Ministerio de Obras Públicas y de Ingeniería Sanitaria del Ministerio de Salubridad Pública; las dependencias de las municipalidades dedicadas a estos dos servicios pasarían igualmente a integrar la institución, en la oportunidad en que AyA se fuera haciendo cargo de ellos.

Acueductos y Alcantarillados

La misión fundamental para la cual fue creado el Instituto, fue la de suplir a todos los costarricenses los servicios públicos de agua potable y alcantarillado sanitario, por medio de la integración de las actividades de financiamiento y construcción (las del Gobierno) con las de operación, mantenimiento y administración (las de las Municipalidades).

Para permitirle lo anterior, se le dieron las facultades de dirigir, fijar políticas, establecer y aplicar normas, realizar y promover el planeamiento, financiamiento y desarrollo y en general resolver todo lo relacionado con esos dos servicios, incluyendo su prestación a la población.

El Instituto debía ser autosuficiente desde el punto de vista financiero. Por tanto, era necesario cobrar los servicios de agua potable y de aguas negras o servidas con tarifas que

contemplaran todos los costos, incluyendo la recuperación de la inversión más un porcentaje de capitalización para desarrollo. Se haría cargo de los servicios de las poblaciones en forma paulatina según se lo fueran permitiendo los recursos disponibles, comenzando por el área metropolitana de San José.

Los servicios los debía atender en forma técnica para suministrarlos de calidad a los usuarios, despertando la preocupación por la potabilidad del agua y por el tratamiento de las aguas negras para evitar la contaminación. El mantenimiento lo debía realizar con propiedad para alargar en lo posible la vida útil de las obras y en esa forma posponer inversiones.

Básicamente AyA debía empeñarse en dos cosas: 1) en un programa de obras para conjurar la crisis y luego seguir aumentando su participación hasta cubrir todo el territorio nacional y 2) en un programa de adecuación de tarifas que, partiendo de la situación inicial, llegara con el tiempo a incluir todos los costos más la capitalización para desarrollo de que habla su Ley Constitutiva.

Programa de obras

El AyA en sus cuarenta años de existencia realizó obras de gran importancia y de gran costo tanto en el Área Metropolitana de San José, como en las principales ciudades del país y en las zonas rurales. Obras tanto de agua potable como de alcantarillado sanitario, para lo que estableció los programas permanentes apropiados.

Desde su inicio, la Institución hizo uso de su capacidad de endeudamiento para lograr recursos importantes de los bancos internacionales de desarrollo y así realizar los grandes proyectos que llevó a cabo. Pero conforme fueron avanzando los años, la Institución ha venido perdiendo poco a poco su capacidad de endeudamiento. Los préstamos han venido disminuyendo y las etapas cada vez están más distantes unas de otras y son de menor magnitud, hasta tal punto, que el Instituto dejó prácticamente de hacerse cargo de los servicios de otras municipalidades. Las municipalidades administran solamente los sistemas de agua potable de las cabeceras del cantón. En el área rural el Instituto asumió la responsabilidad completa por medio de su programa especial administrado por comités o juntas locales (ASADAS/CARRs).

En total el país tiene 2.033 acueductos, de los cuales 171 son administrados y operados por el AyA (cobertura aproximada del 50% de la población, 37,9% urbana y 11,6% rural), 235 son administrados por 35 municipalidades (17,0% de la población del país), 1.620 por Asociaciones Administradoras de Acueductos Rurales (ASADAS) y Comités de Acueductos Rurales (CAARs) (28,7% de la población) y 7 por la Empresa de Servicios Públicos de Heredia (4,7%).[1] El 10,6% de la población no se abastece de agua por medio de sistemas públicos de abastecimiento de agua. [2]

1 Ministerio de Salud. Análisis Sectorial de Salud. Ministerio de Salud. 2002. Págs. 488 y 555

2 AyA. Análisis Sectorial de Agua Potable y Saneamiento de Costa Rica. Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. 2002. Página 172

El abandono del programa de tarifas, como se verá más adelante, no le ha permitido capitalizar como la Ley lo establece, así como, últimamente, la negativa de los bancos internacionales de desarrollo en hacerle nuevos préstamos al Instituto si no es por medio de la concesión de los servicios a empresas internacionales.

Programa de tarifas

Dado el grado de insuficiencia de las tarifas municipales existentes encontrado por el Instituto en el momento de su fundación, se hizo necesario en primer lugar, en los sistemas que asumía en su programa de obras, llevarlas de inmediato a que cubrieran por lo menos el costo de operación sin todavía incluir depreciación, lo que implicaba desde el inicio un aumento proporcional bastante elevado, si bien un precio real bastante modesto.

Esta acción presentó grandes dificultades por la resistencia no tanto de los propios abonados a los servicios, como de pequeños grupos políticos organizados que representaban otros intereses. Fue a raíz de estas dificultades que la Institución persuadió al Gobierno de que el problema tarifario era un problema técnico, por lo que era aconsejable encargar a un organismo de ese tipo la aprobación de las tarifas que AyA propusiera. Así, se asignó tal responsabilidad al Servicio Nacional de Electricidad (SNE), hoy Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos (ARESEP), que tenía en ese tiempo la misma función con respecto a las tarifas eléctricas.

En esa forma, las tarifas comenzaron a mejorarse, alcanzando el costo de operación y mantenimiento y, posteriormente, el pago de la deuda externa cuando se concluía cada obra.

En mayo de 1973 el Instituto llegó a un acuerdo con el Gobierno central y con el SNE para llegar al autofinanciamiento definitivo. El gobierno, que aportaba según la ley una subvención anual de ocho millones y medio de colones, dejaría de hacerlo a cambio de asumir la atención de un préstamo internacional de AyA que le demandaba un valor anual equivalente. Por otra parte, el SNE aprobaba un aumento tarifario del 1% mensual hasta que AyA llegara a incluir en las tarifas todos los conceptos tarifarios legales, incluyendo la capitalización de que habla la Ley Constitutiva del Instituto. Esto fue formalizado por medio del acuerdo No. 73-115 del 30 de mayo de 1973 del Instituto.

Sin embargo, posteriormente este acuerdo fue abandonado. El aumento mensual acordado fue eliminado por la autoridad reguladora. Las tarifas si bien se han seguido aumentando, ha sido simplemente para actualizarlas parcialmente por inflación y esto sucede siempre en forma tardía. Solamente se trata precariamente de mantener su valor, no obstante saberse que ese valor no corresponde a la realidad.

Es necesario e indispensable tomar medidas especiales en cuanto a la capitalización de que habla la Ley para poder lograr el autofinanciamiento y la sostenibilidad de los sistemas. Como las obras antiguas ya han cumplido de más su vida útil, tienen valor cero y no son susceptibles de generar recursos para reponer lo que se ha perdido. Este es el verdadero problema que lleva irremisiblemente a otra crisis.

Se han hecho cálculos que estiman el valor de reposición de las obras de agua potable existentes, es decir, lo que costaría hacerlas nuevas a los precios actuales, en 500 millones de dólares. Esto para todo el país, tanto para los sistemas que administra AyA como los que administran las municipalidades. De lo municipal, no queda nada de valor. De lo de AyA, si bien éste cobra la depreciación de las inversiones hechas por la propia Institución, dedica casi todo a operación y muy poco a inversión, de manera que aunque en forma más lenta también se está perdiendo.

Acueductos municipales

Con el correr del tiempo y ante la casi paralización de la política de AyA de asumir la administración de más sistemas municipales, parece haberse establecido un acuerdo tácito entre las partes, quedando algunas municipalidades a cargo de los acueductos de las cabeceras de los municipios (17% de la población total del país), mientras AyA atiende las necesidades de los distritos y pueblos rurales por medio de su Programa de Acueductos Rurales (28,7% administrados por ASADAS/CARRs). [3]

En la actualidad AyA ha estado construyendo acueductos a algunas municipalidades para que ellas los operen, en abierta contradicción con lo que dispone la Ley Constitutiva de AyA. Estas municipalidades han seguido operando los sistemas en la forma tradicional, de manera que las tarifas no incluyen la depreciación de las obras ni capitalizan nada para su eventual reposición. Solamente tres, Alajuela, Heredia y La Unión, donde recientemente AyA reconstruyó sus acueductos con un préstamo del BID, del cual es deudor AyA, se comprometieron a pagarle a AyA la parte correspondiente del préstamo; pero capitalización para reposición no se ha incluido.

En resumen, los sistemas municipales con excepción de los recientemente reconstruidos, están deteriorados y las municipalidades siguen confiando en que el Gobierno se los deberá reconstruir, desde luego por medio de inversiones a fondo perdido.

Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud como ya se dijo en oportunidad anterior, desde la creación de AyA se ha hecho cargo de dos programas importantes. El Programa de Letrinización que abarca a las poblaciones rurales y las cabeceras de municipio cuando no tienen red de cloacas y el Programa de Acueductos Rurales para la Población Dispersa, generalmente consistentes de fuentes públicas por medio de la construcción de pozos con bomba manual. La población rural se ha dividido en dos sectores: la población rural constituida en pueblos atendida por AyA y la población rural dispersa atendida por el Ministerio de Salud.

---

3 Ministerio de Salud. Análisis Sectorial de Salud. Ministerio de Salud. 2002. Págs. 488 y 555

La división entre rural y rural disperso es un parámetro que depende de las posibilidades de recursos y del estado de desarrollo de la nación, de manera que conforme se avance en el programa de AyA, pueblos cada vez más pequeños serán atendidos por esta Institución. Originalmente se comenzó por considerar disperso las poblaciones de 3000 habitantes distribuidos en una determinada área. Luego se pasó a los 2500 habitantes y hoy se habla de 2000 habitantes. Prácticamente todos los pueblos de este tamaño ya están provistos de acueducto y las obras que se realizan son para restituir el sistema viejo agotado, precisamente por la modalidad de financiamiento como ya se ha explicado.

El programa de letrinización del Ministerio es un programa que tiene ya bastantes años de existencia y ha logrado llevar la letrina sanitaria a casi todos los pueblos rurales. Los beneficios en la salud de esta población han sido evidentes. En cuanto al programa de acueductos rudimentarios también ha sido importante y en él han colaborado países y organizaciones no gubernamentales extranjeros. Sin embargo, no ha llegado al tamaño del programa de letrinización.

Conclusión

El problema de los servicios de agua potable y aguas servidas es realmente un problema cultural. Como se ha dicho, el propio Estado, con su manera de enfocar el problema, sin duda favoreció en forma apreciable a la población al hacer importantes inversiones, pero también la acostumbró a que el precio de los servicios fuera muy inferior al costo real, al no incluir el costo de depreciación; en esa forma se condenó la inversión a su total desaparición. Con el deterioro de las obras y el aumento de la población, especialmente en los años cincuenta y sesenta, el Estado perdió totalmente su capacidad de satisfacer la demanda y al mismo tiempo reponer lo que se perdía, acostumbrando a la población a aceptar el servicio deficiente. Con una mala operación de parte de los municipios, se perdió la preocupación por la potabilidad, se redujo su vida útil y se abandonó todo lo relacionado con el servicio de aguas servidas.

La creación de AyA vino a plantear la solución correcta del problema, pero la población había adquirido ya su forma muy especial de pensar y reaccionar en cuanto a estos servicios. Con el pasar del tiempo, no obstante los grandes esfuerzos por modificar esa cultura, más bien la institución poco a poco fue cayendo víctima de ella. En realidad, todos los entes públicos, políticos y técnicos, como desempeñados por costarricenses, participan de esa cultura no obstante haber promulgado, esas mismas entidades políticas, una ley visionaria.

El costo social de esta creencia sobre el agua ha sido muy alto. No solamente por la pérdida tan grande de los esfuerzos del pasado traducida en la calidad deficiente de los servicios, sino más todavía por la creencia establecida que pareciera no permite tomar las medidas adecuadas no obstante estar contenidas en una Ley de la República.

Esa "cultura del agua", arraigada en las mentes aún de las propias autoridades, parece estar revirtiendo hacia el pasado y nuevamente se pone en peligro la existencia de dos servicios tan esenciales.

En diciembre de 1998 una nueva administración presentó un plan estratégico que reconocía la situación existente y planteaba el retorno a la misión encargada por ley. Proponía la corrección de las anomalías y el retorno a la lucha por las tarifas para nuevamente buscar el autofinanciamiento. Sin embargo, dichos esfuerzos no fueron continuados.

Mientras no se convenga un aporte o una capitalización que permita la restitución de toda la inversión realizada en las redes de los sistemas de distribución obsoletos, no será posible salir de la crisis.

No obstante, es necesario reconocer el gran beneficio que las obras que logró realizar el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados tuvieron en el mejoramiento del bienestar y la salud de la sociedad costarricense. Las nuevas e importantes obras ejecutadas, su preocupación por la potabilidad, el mantenimiento técnico que realiza a pesar de la escasez de recursos y la obsolescencia de los sistemas, llevaron a extender la cobertura del servicio de agua al 100% de la población urbana y al 78% de la población rural que representa prácticamente el 100% de la población en comunidades, para dar un 89% de cobertura a nivel nacional. La población rural dispersa se atiende con otras modalidades realizadas por el Ministerio de Salud. No obstante, el 46% de la población, que recibe agua de las municipalidades o de los comités rurales, no cuenta con un sistema de control que garantice la calidad del agua que se le suministra.

La importante obra realizada, sin duda debe haber repercutido en forma importante en el mejoramiento de los índices de salud y de desarrollo humano alcanzados por el país, en conjunto, por supuesto, con las demás importantes medidas preventivas realizadas por el Sistema Nacional de Salud.

Ese no es el caso de las aguas servidas que, aunque se realizaron proyectos importantes que vinieron a favorecer a mucha población, las aguas negras en la mayoría de los casos se siguen vertiendo crudas a los ríos y mares, al mismo tiempo que una población importante utiliza como solución el tanque séptico. La sociedad se ha acostumbrado tanto a esta situación, que el propio censo nacional no hace distinción entre los que utilizan red de cloacas y los que usan el tanque séptico, que más que tanque séptico es más bien un pozo séptico por la insuficiencia de los drenajes. Tampoco el censo hace diferencia entre los conectados a redes que tienen tratamiento y los conectados a las que descargan directamente a los ríos, aunque se sabe que estos últimos son la mayoría. Por otra parte, tampoco distingue entre los que usan pozo negro y letrina sanitaria. Con esas limitaciones, se reporta en el año 2000 un porcentaje de población con conexión a red o con tanque séptico de 89% y con pozo negro o letrina de 9%.

3. Manejo de desechos sólidos: una visión desde el siglo 21

*Rigoberto Blanco Sáenz**

Uno de los mayores retos para la sociedad costarricense en este siglo es el manejo y disposición de los desechos sólidos, tanto comunes como especiales.

La situación actual, que ya esta volviéndose inmanejable, es el resultado de un proceso que empezó en el siglo pasado, que se inició lentamente, se aceleró después de los años 50 y culminó en las condiciones que ahora tenemos.

A continuación se presenta la problemática de la generación de los desechos sólidos en nuestro país. Sin pretender un análisis exhaustivo, se intenta identificar algunos rasgos generales y establecer algunos lineamientos que deberían considerarse al plantear posibles soluciones al problema.

La obtención de información documental sobre los primeros 70 años del siglo pasado fue infructuosa, ante la ausencia de registros formales, por lo que se recurrió a testigos que brindaron sus experiencias. A partir de allí, se tiene información parcial cuantitativa que ilustra el crecimiento de la generación de desechos y permite perfilar la magnitud del problema.

Desechos comunes

Los desechos pueden clasificarse en términos generales en desechos comunes, que son los desechos producidos en las actividades domésticas y comerciales, y desechos especiales, que son aquellos generados por la agroindustria, la industria, los servicios de atención de la salud, tanto humana como animal que implican un riesgo para la vida o el ambiente .

En los primeros cincuenta años del siglo pasado, hubo un manejo de los desechos doméstico. La gran mayoría de las viviendas contaba con un gran patio o solar, en el que se hacían zanjas en las que se enterraba la mayoría de los desechos biodegradables producidos en el hogar, y que se utilizaban como abono para plantas de la huerta familiar.[1] Se utilizaba el papel periódico como papel higiénico, y estos desechos de papel junto con pequeñas cantidades de cartón, se quemaban una o dos veces a la semana, en el solar. Los desechos de alimentos se les daban a los animales domésticos: gallinas, patos, cerdos o perros. Los recipientes de vidrio, especialmente botellas, se reutilizaban; la cantidad de envasesmetálicos era muy limitada y se reutilizaban como recipientes de uso en el hogar.

** Departamento de Saneamiento Básico y Ambiental Institucional, Caja Costarricense de Seguro Socia y Escuela de Química, Universidad de Costa Rica*

1 Sánchez Aguilar, Guillermo. Comunicación personal.

La recolección municipal de desechos no era común, y en las cercanías del centro de la capital, en la Plaza Víquez, en los años 30, se daba la misma situación descrita anteriormente, en todas las viviendas se enterraban los desechos en el solar, y los desechos de alimentos se les daban a los animales domésticos. [2]

La introducción de los plásticos en el país se inició alrededor de 1950, cuando se inició la importación de celofán para el empaque comercial de alimentos (fideos, papas tostadas).[3] De aquí en adelante se incorporó un nuevo tipo de desechos, los distintos tipos de materiales plásticos.

La recolección de desechos por parte de las Municipalidades era realizada solamente en el centro urbano y aumentó su cobertura cuando se iniciaron los caseríos y vecindarios que no tenían oportunidad de disponer los desechos de la manera descrita, como los primeros barrios de "Casas baratas", que se iniciaron en la administración del Dr. Rafael A. Calderón Guardia, en los años 40, en los centros urbanos. Se utilizaban camiones de carga y los desechos se acumulaban en las casas en latas metálicas sin tapa, pues no había plástico, que eran fuente de vectores por sus malas condiciones higiénicas, pese a que la recolección se realizaba día de por medio. Estos desechos se llevaban a tiraderos a cielo abierto o al crematorio municipal, en el que se eliminaban quemándolos, sin tratamiento.[4]

Ya desde la promulgación de la ley número 52, de marzo de 1923, sobre Protección de la Salud Pública, en su Título 3, se estableció la responsabilidad de las Municipalidades de velar por el saneamiento básico a nivel local. Sin embargo, se dejó bajo su responsabilidad proponer un Reglamento Sanitario, que entre las medidas de protección que debía cubrir estaban " Las prescripciones relativas a la provisión de agua potable o a la evacuación de las materias usadas", sin establecer normativas de aplicación general. Esta Ley estaba enfocada a la prevención y control de enfermedades contagiosas y no se le daba un tratamiento destacado a los aspectos relacionados con el manejo de los desechos sólidos, excepto los producidos en la atención de enfermos infectocontagiosos; posiblemente respondiendo al manejo casero que se le daba a los desechos domésticos y al escaso desarrollo industrial.

El Código Sanitario publicado en 1949, por la Junta Fundadora de la Segunda República, introduce lineamientos dirigidos a la prevención y promoción del saneamiento ambiental. En su CAPITULO III, "De la Sanidad de las Vía Públicas y Recolección de Basuras", se establece la obligación de las Municipalidades de hacerse cargo del servicio de recolección, acarreo y disposición de las basuras (Artículo 270) y de realizar esta actividad en condiciones higiénicas (Artículo 272). Esta Ley, prohíbe arrojar toda clase de basuras a las aceras, desagües, alcantarillas, vías y pasajes públicos; y obliga a las Municipalidades a disponer la colocación de recipientes para su recolección (Artículo 271). Además, hace obligatoria la participación de los habitantes del país en la conversión de "las basuras y desechos orgánicos

2 Azofeifa González, Elisa. Comunicación personal.
3 Chaves Guevara, Alvaro. Comunicación personal.
4 Sáenz Ulloa, Eiby. Comunicación personal.

de origen vegetal y animal en abonos, cooperando así en la obra de reconstrucción del suelo" (Artículo 273).

Al establecer esta Ley la obligación municipal de recolectar los desechos sólidos se inicia formalmente este tipo de servicio. Sin embargo, las condiciones de almacenamiento de los desechos en las casas o cuadras distaban mucho de ser higiénicas, como se dijo, y los estañones malolientes en los que se acumulaba la basura eran fuente de moscas y otros insectos. [5]

En el Código Sanitario se refleja el avance industrial del país que estaba ocurriendo, pues se incluye todo un "Título VII de la higiene industrial", en el que se identifican establecimientos industriales capaces de causar daño al ambiente o a las personas, clasificándolos en inofensivos, incómodos, insalubres y peligrosos, de acuerdo al riesgo para la salud de los trabajadores y de los vecinos; pero no se menciona el manejo de los desechos industriales y su disposición.

La promulgación de la Ley General de Salud, en 1973, significó una adecuación de la legislación a las condiciones sociales, ambientales y económicas que se dieron después de 24 años de haberse emitido el Código Sanitario. Esta legislación no sólo contempla nuevos aspectos de saneamiento básico, relacionados con la peligrosidad de los desechos especiales y su posible efecto en el ambiente y la salud de las personas sino que incorpora un aspecto novedoso, ya que se plantean oficialmente las prácticas de separación (segregación), recolección, acumulación, reutilización y tratamiento de los desechos, con el fin de disminuir la contaminación del agua, suelo y aire (Artículo 278). Esta Ley reitera la obligación de las Municipalidades de recolectar, acarrear y disponer los desechos sólidos.

La concentración de la población urbana creció de un 19% en los años veinte a un 37% a finales de los cincuenta. A partir de 1950 se da un crecimiento acelerado de la población urbana en el área metropolitana de San José, pasando la población de 150 mil habitantes en 1950 a más de 400 mil en 1973. [6] Este aumento de la población, junto con los cambios en las prácticas de consumo, al darse la industrialización del país y las intensificación de las explotaciones agrícolas de monocultivo, se manifestó en un incremento en la producción de desechos y en una modificación de su constitución, ya que a los desechos comunes biodegradables, que eran la mayoría, se incorporaron los desechos agroindustriales, un 86%, y los desechos especiales (hospitalarios, industriales y químicos).

Para atender una disposición adecuada se estableció el vertedero de Río Azul, a mediados de los setenta, que da servicio a las municipalidades del Área Metropolitana. Sin embargo, los otros gobiernos municipales no previeron soluciones técnicas al problema de la disposición de los desechos a nivel local y no se construyeron rellenos sanitarios municipales, disponiéndose la basura en tiraderos a cielo abierto, cerca de las corrientes de agua en la mayoría de los casos, causando una importante contaminación de los ríos.[7]

---

5 Cabrera Miranda, Maritza. Comunicación Personal

6 Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, Agua Potable y Saneamiento en Costa Rica, San José, 2002. p. 80

7 Amador, Sonia. Contexto ecológico costarricense a finales del siglo XX, Editorial de la Universidad de Costa Rica, San José, 2002.

Para el año 1999, de acuerdo con el Sexto Informe sobre el Estado de la Nación[8], de los rellenos sanitarios y los simples botaderos de basura sólo un 20% se maneja bajo normas técnicas aceptables. El 47% de las municipalidades dispone de los desechos en vertederos a cielo abierto sin ningún control. La conclusión es que al terminar el siglo 20, "el problema de la recolección y disposición final de los desechos sólidos siguió sin resolverse en gran parte del país, pese a que el Gobierno ha propuesto la construcción de seis rellenos sanitarios regionales y nueve locales, y realizó gestiones administrativas para convertir en rellenos sanitarios los vertederos a cielo abierto de 38 de los 42 cantones que disponen de los desechos de esa manera. Se estima que un tercio de los desechos sólidos no es recolectado, situación que en el área rural alcanza el 60%." Sólo en 1984 se recolectaron 12 mil toneladas de basura de las vías públicas, arrojadas por los ciudadanos.[9]

Costa Rica tiene sistemas de recolección y disposición de desechos sólidos inapropiados para la magnitud del problema ambiental generado por décadas de descuido, que puede volverse inmanejable en un corto tiempo. Pese a haberse declarado el manejo de los desechos como emergencia nacional, hasta el momento no se cuenta con soluciones definidas o viables.

Desechos especiales

Los desechos especiales, como se dijo, son aquellos generados por la industria, la agroindustria y las actividades de atención a la salud, entre otros. De estos, los desechos agroindustriales conforman el 86% de la totalidad, mientras que los desechos peligrosos: industriales, químicos y hospitalarios, corresponden a un 0,3%.[10] Los desechos industriales peligrosos se depositan en botaderos o se queman al aire libre, aunque algunas empresas cuentan con vertederos para desechos sólidos o pastosos, que se disponen sin ningún tratamiento.[11]

Los desechos hospitalarios se manejaron durante muchos años sin cuidados especiales. Los desechos anatomopatológicos, como las placentas, se enterraban en los predios de la mayoría de los Hospitales, aunque en ocasiones se disponían junto con los desechos comunes; los desechos bioinfecciosos se desechaban bien envueltos en bolsas de papel, sin ningún tratamiento junto con la basura común, la cual se llevaba al crematorio municipal o al tiradero. El número de partos y operaciones quirúrgicas que se atendían no era muy numeroso y en consecuencia, la cantidad de desechos hospitalarios no era muy abundante.[12] Las cantidades de agujas quirúrgicas y hojas de bisturís eran muy pequeñas, pues eran reutilizables, ya que se les hacía filo y se esterilizaban por ebullición.

---

8 Sexto Informe sobre el Estado de la Nación, 1999

9 Merino, Lucía, Población y medio ambiente en Costa Rica, 1990; Asociación Demográfica Costarricense. San José, CR: 1990.

10 Deustche Gesellschchaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) Plan Nacional de Manejo de desechos de Costa Rica, San José, 1991.

11 Deustche Gesellschchaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ). Op. cit

12 Azofeifa González, Elisa. Comunicación personal.

La mayoría de los partos se atendían en el hogar, por parteras empíricas, que recibían capacitación, equipo y supervisión del Ministerio de Salubridad.[13] En el Manual para Parteras Empíricas de ese Ministerio se establece que la placenta debe ser eliminada por la familia, enterrándola o quemándola.[14]

Fue después de la aparición del SIDA que la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en el año 1986, optó por el uso de agujas quirúrgicas, equipos de venoclisis y sondas desechables, como medida de protección de pacientes y funcionarios. El resultado fue un incremento sustancial de las cantidades de desechos bioinfecciosos producidos en el sistema hospitalario.

El primer diagnóstico sobre la situación de los desechos hospitalarios se realizó en los servicios de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social en 1992. Dicha encuesta permitió identificar las necesidades de normativas, capacitación e insumos para el manejo responsable de los desechos hospitalarios. Para responder a las carencias, en 1995 se elaboró una Norma Institucional para el manejo de desechos hospitalarios peligrosos y se inició un Programa de Saneamiento Básico Ambiental Institucional, encargado de dirigir la capacitación del personal hospitalario e implementar la normativa. Como resultado, para 1999 se logró disminuir de un 48% a un 27% el porcentaje de desechos hospitalarios peligrosos, establecer el tratamiento de los desechos bioinfecciosos por autoclavado en el 40% de los establecimientos y un 100% de las agujas hipodérmicas y muestras de laboratorio clínico.

Los desechos hospitalarios son uno de los pocos tipos de desecho peligroso al que se le ha puesto un cuidado especial por parte de la CCSS, en donde se atiende en promedio al 95% de la población. Aunque los desechos bioinfecciosos son un porcentaje mínimo de la totalidad, debido a la alta peligrosidad que estos representan, por la aparición de enfermedades infectocontagiosos emergentes y brotes de enfermedades re emergentes, requieren un tratamiento especial, habiéndose logrado avances muy significativos en su manejo y tratamiento. Sin embargo, sigue sin resolverse su disposición final, debido a la ausencia de rellenos sanitarios que cuenten con una celda especial para este tipo de desecho.

Conclusiones

Las soluciones para el manejo y disposición de los desechos sólidos parecen requerir de un compromiso entre los gobiernos locales, la concientización y educación de la ciudadanía para lograr una modificación en sus hábitos, una política nacional clara a nivel central y la identificación e implementación de tecnologías sustentables acordes con la capacidad económica del país. Es necesario que las autoridades públicas sean muy cuidadosas y no se importen tecnologías desarrolladas en países desarrollados, que pueden implicar una infraestructura adicional con la que el país no cuenta, o que han demostrado no ser soluciones viables, como la incineración.

13 Gómez Haydee. Comunicación personal.

14 Ministerio de Salud. Manual de la Partera Empírica. 1966.

Las soluciones que se propongan deberían considerar que la gestión de los desechos esté ligada a la generación de empleos, disminución de la pobreza y la participación comunitaria. Debe recordarse que hay un sector informal de la población dedicado al reciclaje y reutilización de materiales encontrados en la basura, que disminuye la cantidad de residuos que deben ser eliminados. Esta práctica debe estimularse y facilitarse, promoviendo la segregación de los desechos a nivel domiciliar, lo que requiere cambiar el enfoque de que los desechos son basura, el cual debe modificarse a uno en el que se promueva que los desechos contienen recursos que son reutilizables. Esta práctica es complementada con el compostaje, que permitiría recuperar los nutrientes y devolverlos a los campos productivos mediante la producción de abono orgánico.

Un aspecto difícil de realizar, pero necesario, es el cambio en el estilo de vida. Buena parte de la gran cantidad de desechos producidos (entre 0,8 a 1 kg de desecho diario por habitante) es el resultado del derroche, producto de la sociedad consumista en la que vivimos, que promueve la producción de desechos. Una propuesta que no debe desatenderse es prohibir el uso de envases plásticos y de vidrio desechables para bebidas de uso común, como refrescos y bebidas alcohólicas, así como los empaques de polietileno.[15]

Por otro lado, los escombros y desechos de la construcción pueden ser reutilizados y no desechados, como se acostumbra, lo que incrementa el volumen de desechos que debe disponerse.

Las políticas nacionales deberían promover la eficiencia en el uso de los recursos, enfatizando la prevención y el uso productivo de los desechos, a través de la participación comunitaria en la solución de los problemas, en vez de realizarlo mediante programas desde la cúpula burocrática con poca o ninguna participación comunitaria. Los conceptos básicos de saneamiento básico y de protección ambiental deberían formar parte de la educación desde el nivel escolar hasta el universitario, para lograr formar ciudadanos conscientes y sensibles sobre la preservación y sustentabilidad ambiental del país.

4. Plaguicidas

*Jaime E. García G., **

Un poco de historia

Posiblemente las primeras aplicaciones de plaguicidas en grandes extensiones a principios del siglo pasado en Costa Rica fueron realizadas por la compañía bananera de capital

** Dr.sc.agr. Funcionario del Área de Agricultura y Ambiente, UNED*

15 Merino, Lucia, Op. cit.

estadounidense United Fruit Company (hoy Chiquita Brands). Entre éstas cabe destacar las aplicaciones del funguicida conocido como caldo bordelés, que de 1939 a 1960 se efectuaron manualmente. La presencia de sulfato de cobre en la mezcla teñía de azul del sombrero a los zapatos a los encargados de la aplicación. Esa circunstancia les ganó el apodo de "pericos" con que se les conocía en el ámbito bananero. [1]

En cuanto a los pequeños agricultores, éstos recurrían en esos años a diversos tipos de recetas, entre ellas, a las aplicaciones de emulsiones de canfín y las infusiones diluidas de venas de hojas de tabaco. Para el combate del pulgón en los cafetales infestados, Yglesias (citado por Bally [2] recomendaba, a principios de los años treintas, la aplicación de una emulsión que podía prepararse disolviendo un cuarto de libra de jabón de aceite de ballena o una libra de jabón negro en cuatro litros de agua hirviendo, a cuya disolución se agregaban ocho litros de ´camphine´.

Después de 1945, los plaguicidas arsenicales fueron poco a poco reemplazados por la primera generación de plaguicidas sintéticos, principalmente por DDT, clordano, aldrín, dieldrín, toxafeno y lindano. Con la síntesis de nuevos compuestos orgánicos para estos fines en los países industrializados, derivados en gran parte del estudio de las moléculas utilizadas para matar seres humanos durante la I y II Guerra Mundial, éstos empiezan a cobrar especial importancia con la aparición de la denominada "revolución verde", sustentada en cultivares mejorados de alta producción, pero "...dependientes en alto grado de insumos externos como plaguicidas, fertilizantes, maquinaria, combustible, agua, sistemas de riego y la mismas semillas." [3] De esta manera, con la llegada de esta revolución en los años sesentas, se favorece e impone -por diversos mecanismos- la expresión máxima de la agricultura industrializada: la cultura del monocultivo.

Independientemente de las importaciones directas de agroquímicos que hacían las compañías bananeras de capital extranjero en el país, en la primera mitad del siglo XX, la distribución y promoción de estas sustancias en Costa Rica a bajo costo, así como de sus aparatos de aspersión, se realizó principalmente por medio del Departamento de Agricultura, el Centro Nacional de Agricultura, la Secretaría de Agricultura, la División de Producción de Alimentos del Instituto de Asuntos Interamericanos (IAI) de los Estados Unidos en colaboración con el Ministerio de Agricultura y el Servicio Técnico Interamericano de Cooperación Agrícola (STICA). Esta labor de difusión de recetas y recomendaciones de aplicación de plaguicidas desde principios del siglo XX era apoyada por las publicaciones de la época que trataban asuntos agropecuarios (Boletín de Fomento, Suelo Tico y la Revista del Instituto de Defensa del Café de Costa Rica).

---

1 Garrido G., J.I. (ed.) 1968. El cultivo del banano en Costa Rica. Litografía Lehmann: San José, Costa Rica. p. 16.

2 Bally, W. 1935. El café en 1931 y 1932. Cuestiones económicas y técnicas. Instituto Internacional de Agricultura. Roma, Italia. p. 224-225.

3 Pinheiro, S. 2002. La historia de los venenos. Cartilla. Fundación Juquira Candirú: Cali, Colombia. 66 p.

La importación de plaguicidas para la venta por parte de la empresa privada antes de 1950 era limitada a unos pocos productos por empresa: compuesto arsenical (Botica Oriental), London Purple (Departamento de Agricultura), Formicida y carbolina (Botica Francesa) y DDT (El Semillero Ltda.).

STICA realizó un papel importante en la conversión a una agricultura de mercado y exportación, y bajo este contexto, estimuló en forma importante el uso de los agroquímicos y los implementos de su aplicación. Esta organización daba asistencia técnica y vendía los plaguicidas directamente en bolsas pequeñas.[4] En aquellos casos en que los agricultores no tenían aún la confianza necesaria para adoptar esta tecnología o porque no tenían el dinero suficiente, se les facilitaban en calidad de préstamo.[5] El estudio de Nieto[6] a finales de los años cincuentas encontró que las causas o medios más influyentes en la adopción de las prácticas de uso de herbicidas por parte de los agricultores fueron: visita del agente de extensión a la finca (20,8%), boletines agrícolas (8,3%) y vendedores (8,3%). En el caso de los funguicidas los resultados fueron los siguientes: visita del agente de extensión (29%), demostración de resultados (8,3%) y demostración de método (4,1%). De lo anterior se destaca la relevancia que tuvieron las visitas de los agentes de extensión a las fincas en esa época como el medio más importante para la adopción de las prácticas precitadas por parte de los agricultores.

Con base en las cifras del censo agropecuario de 1963, el uso de plaguicidas se centraba en un 85% en tres cultivos: banano, café y arroz. Sólo el banano presentó el 65% del consumo. A nivel de cultivos el uso de funguicidas en 1963 era significativo sólo en banano (57% del área sembrada), papas (60%) y tabaco (21%), y el uso de herbicidas se concentraba en banano (49% del área sembrada), arroz (26%), papas (19%) y algodón (14%). En insecticidas el uso más intensivo fue en algodón (79%), banano (52%), tabaco y papas (ambos en un 34%) y arroz (20%). Lamentablemente no hay datos disponibles de este tipo con respecto al uso de plaguicidas antes de 1963, dado que aparentemente su uso limitado no había llamado la atención a los formuladores de la política sobre información censal agropecuaria.[7]

Las primeras empresas importantes de agroquímicos en Costa Rica aparecieron a principios de la década de los años sesentas de ese siglo, presumiblemente como parte del proceso de industrialización generado por el Mercado Común Centroamericano (MCCA).

Poco después y en forma paralela, tanto los programas posteriores de extensión del Ministerio de Agricultura como los centros de formación agropecuaria universitarios y parauniversitarios, y el Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas (hoy Centro Agronómico Tropi-

4 Schram, A. 2000. Pesticidas en Costa Rica: patrones de uso y adicción. Revista de la Integración y el Desarrollo de Centroamérica 53 (Honduras): 31-43.

5 Bolaños, L. 2001. Exfuncionario de STICA. Comunicación personal.

6 Nieto A., T.E. 1958. Eficacia relativa de algunos métodos de extensión en la adopción de prácticas relacionadas con el cultivo del cafeto en Costa Rica. Tesis Magíster Agriculturae, Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas. Turrialba, Costa Rica. 76 p.

7 Hilje, B.; Naranjo, C.; Samper, M. 1995. Entonces ya vinieron otras variedades, otros sistemas. Testimonio sobre la caficultura en el Valle Central de Costa Rica. Convenio ICAFE-UNA: San José, Costa Rica. p. 147-170.

cal de Investigación y Enseñanza - CATIE) apoyados, estimulados y secundados de diversas formas por las empresas productoras y comercializadoras de agroquímicos, continuaron fomentando y estableciendo con éxito la cultura del uso de plaguicidas en el país.

No es sino hasta en los años setentas, en que el incremento en la importación de plaguicidas fue acompañado por una ligera conciencia acerca de los riesgos de su uso, que provocó la imposición de medidas restrictivas, principalmente la prohibición de algunos plaguicidas particularmente peligrosos. En 1970 se creó la primera Comisión Nacional para Plaguicidas, con representantes de varios ministerios, a fin de coordinar esfuerzos para regular el uso de los plaguicidas en el país. En 1978 la Ley de Sanidad Vegetal requería del registro de todos los plaguicidas importados; sin embargo, la realidad permaneció lejos de las atractivas prescripciones legales. A pesar de su prohibición en 1978, el arseniato de plomo, por ejemplo, aún se usa en algunas fincas de café. En este sentido, para nadie es un secreto que la existencia de mercados negros para productos prohibidos persistirá en la medida que continúe habiendo una demanda, especialmente en tiempos de crisis y en la medida que aumenten las diferencias de precios entre los plaguicidas permitidos y los prohibidos.

Se puede asumir que hasta los años ochentas las importaciones de plaguicidas en Costa Rica igualan al consumo, ya que las exportaciones en esa época eran mínimas. De igual manera es importante anotar que las primeras estadísticas de importaciones de plaguicidas registradas en El Anuario de Comercio Exterior, producido por el Directorio de Estadística y Censos, no incluyen las importaciones de plaguicidas realizadas directamente por las grandes compañías bananeras, ya que éstas gozaban de una exención de impuestos a la importación de estos insumos.

En el área de la salud pública, se tiene conocimiento de las aplicaciones de DDT en las viviendas de las fincas bananeras a partir de 1946, con la intención de controlar la diseminación de la temida enfermedad del paludismo. Pocos años después (1953) la aplicación de este insecticida se hizo extensiva a toda el área malárica del país. Entre 1958 y 1966 también se utilizó el dieldrín con este propósito en algunas regiones. Los primeros datos de resistencia al DDT por parte del vector de la malaria (Anopheles albimanus) se registraron a finales de 1967, lo cual hizo necesario la utilización del propoxur (1971-1995), un insecticida que al poco tiempo mostró igualmente resistencia. Lo anterior llevó a la necesidad de realizar aplicaciones de malatión (1984-1994), como complemento a la administración de medicamentos antimaláricos. A partir de 1995 se utilizaron deltametrina (1995 -1997) y ciflutrina (de 1996 en adelante) en cantidades limitadas, en sustitución de los insecticidas tradicionales como medida focal complementaria. Sin embargo, ya se ha encontrado resistencia a estas sustancias en varios cantones de la vertiente del Pacífico.[8]

8 Vargas V., M. 2001. Diagnóstico situacional de la malaria y el uso del DDT en Costa Rica. Programa de acción integral para prevenir la reintroducción del DDT para el control de la malaria en México y Centroamérica. OPS/OMS. 217 p.

La aparición de la mayor parte de los problemas de plagas no es sino el resultado lógico de la presencia de situaciones precitadas.[9] En otras palabras, hemos aprendido que con nuestra manera "moderna e industrializada" de hacer agricultura, además de nuestros cultivos estamos criando y manteniendo plagas en forma exitosa (¡para ellas y la industria de insumos agropecuarios!).

Los problemas de "plagas" no son más que la manifestación de un problema que tiene sus orígenes en la manera en que se está manipulando el agrosistema en cuestión. Hay que tener en cuenta que en la naturaleza no hay "enemigos", sino "organismos hambrientos" o "indicadores biológicos" que cuando aumentan en cierta proporción, más que la causa de un problema, son el síntoma de que la manera de hacer agricultura está favoreciendo su desarrollo desproporcionado. Esta situación era ya conocida en Costa Rica desde principios del siglo XX donde un artículo publicado en 1912 mencionaba lo siguiente: "Entre más intensa se hace la producción con los procedimientos modernos perfeccionados, más enemigos hay también que combatir; la intensidad del cultivo mejorado, es en cierto sentido antinatural; produce un desequilibrio, que trae como consecuencia una cierta debilidad constitutiva en las plantas que las hace más sensibles a los ataques de los insectos y de los hongos".[10]

Al respecto, como lo señalan diversos autores, una visión ecológica del problema fitosanitario abre nuevos horizontes, al implicar medidas estructurales de manejo de los organismos del agrosistema que se manipula. Para ello se requiere de una reorganización de la producción agrícola, abandonando la visión actual unilateral productivista, de explotación irracional y netamente económica a ultranza (sin considerar los costos ocultos y las externalidades), para hacer del campo agrícola una unidad de producción que respete las leyes fundamentales de la ecología, así como la calidad de vida de los seres humanos involucrados en esta actividad.

En este contexto, es importante llegar a las causas, por medio de un diagnóstico adecuado, para a aplicar medidas de prevención y dejar de seguir "apagando incendios", ignorando que estas sustancias son, en ocasiones, otra de las causas que inducen la aparición de nuevos problemas fitosanitarios.

Legislación

De acuerdo con Astorga [11], podemos afirmar que la legislación y reglamentación que regula la importación, producción, comercialización y utilización de plaguicidas en Costa Rica es relativamente vasta, sin embargo su impacto en la realidad que debe aplicarse se ve me-

9 Garcia, J.E. 1997. Causas de la aparición de las plagas. En: Introducción a los plaguicidas. EUNED: San José, Costa Rica. p. 2-3.

10 Ministerio De Fomento 1912. IV.- Aspersiones. Procedimiento que urge generalizar en Costa Rica. Boletín de Fomento (Costa Rica) II(9): 635.

11 Astorga, Y. et al. 2000. Diagnóstico del uso de plaguicidas en Costa Rica. Proyecto Sistemas Integrados de Gestión y Calidad Ambiental -SIGA- Componente Costa Rica. Fase 1. Fundación para el Desarrollo Urbano -FUDEU-. San José, Costa Rica. p. 161-199.

noscabado por los intereses económicos que se mueven detrás de esta actividad, así como por la incapacidad de poder lograr una coordinación intersectorial que involucre a todos los principales sectores de la actividad, como ministerios, academia, industria, organizaciones no gubernamentales y sociedad civil. Los intentos de coordinación de este tipo realizados en lo pasado confirman lo anterior.

Por otra parte, hay una reglamentación deficiente o inexistente en algunas áreas, como por ejemplo, lo que concierne a los equipos de protección personal y al manejo de desechos de plaguicidas (sobrantes, envases, empaques), así como en lo relativo a la aplicación de plaguicidas de uso doméstico. La indicación de la fecha de caducidad en las etiquetas o envases de estos productos no se viene haciendo sino desde hace un par de años para acá; sin embargo, en visitas a varios expendios de plaguicidas realizadas por el autor a principios del 2003, se encontraron etiquetas de productos donde faltaba la información relativa al número de lote, fecha de producción y fecha de caducidad.

En este apartado hay que destacar los esfuerzos de compilación y difusión de la legislación y reglamentación en materia de plaguicidas realizados en la última década en el país por proyectos de organismos internacionales interesados en esta materia, como la OPS/OMS-DANIDA, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Agencia Alemana de Cooperación Técnica (GTZ). Hay que reconocer que el tipo de ordenamiento jurídico actual es deficiente porque intenta regular el problema con la creación de disposiciones desordenadas, imprecisas en algunos casos, anticonstitucionales, con penalizaciones débiles, mal concebidas y carentes de sentido como instrumentos reparadores del daño causado. [12]

Costa Rica tiene aún pendiente el cumplimiento del acuerdo No. 9 de la XVI Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), firmado por los ministros de salud de la región centroamericana en setiembre del año 2000. Sobre este particular, el proyecto PLAGSALUD (OMS/OPS) ha elaborado cuatro propuestas de decreto ejecutivo para iniciar el proceso de negociación y aprobación correspondiente, y de esta manera coadyuvar en la homologación de los plaguicidas prohibidos y restringidos en los países de la región. El cumplimiento de este acuerdo demandará una clara y valerosa decisión política por parte de los ministros de Salud y Agricultura, pues es claro que habrá una fuerte oposición para su aprobación por parte de la industria y las empresas comercializadoras de estos productos y posiblemente por el mismo Ministerio de Agricultura y Ganadería.

El acuerdo aboga por la aplicación de medidas efectivas de restricción a los doce plaguicidas reconocidos como responsables del mayor número de intoxicaciones y muertes de seres humanos en los países de la región, a saber: paratión metílico, terbufós, etoprofós, aldicarb, metamidofós, metomil, monocrotofós, carbofurán, endosulfán, clorpirifós, paraquat y el fosfuro de aluminio. A la vez propone la prohibición de 107 productos que se encuentran ya vedados en uno o varios países de la región, de los cuales un gran número de éstos han de-

12 Garcia, J.E. 1999. El mito del manejo seguro de los plaguicidas en los países en desarrollo. Revista Manejo Integrado de Plagas (Costa Rica) 52 (junio): 25-41.

jado de producirse o no se encuentran registrados en el país. Al respecto vale la pena destacar el aporte de la OPS/OMS al elaborar la publicación "Fichas técnicas de plaguicidas a prohibir o restringir incluidos en el Acuerdo No. 9 de la XVI Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD)", como un aporte importante de cooperación técnica, respecto al estado y las razones de la prohibición o restricción de estos productos en otros países del mundo.

Otro reto para el país es llegar a prohibir, o al menos restringir en forma efectiva, a los plaguicidas clasificados como contaminantes orgánicos persistentes (COPS), así como a los definidos en la lista del Principio de Información y Consentimiento Previos (PICP), donde están los productos que han sido prohibidos o estrictamente restringidos en cinco o más países que se ajusten a las definiciones de "prohibido" y "estrictamente restringido" acordadas por la FAO y el PNUMA.

Políticas estatales

A la fecha las políticas del Estado han estado dirigidas principalmente a la elaboración de leyes y reglamentos que intentan en vano ordenar y regular en la práctica en forma significativa la situación existente del uso de estas sustancias en el país, a llevar el registro de los plaguicidas que se importan y a realizar análisis de residuos de plaguicidas en alimentos, agua, sedimentos y suelos, así como a realizar análisis de calidad de algunos de los plaguicidas. Todo ello bajo una realidad difícil de cambiar donde los problemas continúan siendo los mismos, entre otros: falta de compromiso político, inadecuada legislación, dependencias involucradas trabajando en forma aislada, carencia de la información básica necesaria para la toma de decisiones adecuadas y la planificación de las tareas por hacer, insuficientes monitoreos en salud y ambiente, falta de personal entrenado e inestabilidad laboral del personal capacitado sobre el cual las instituciones han invertido (especialmente con la ayuda de organismos internacionales), fácil acceso a sustancias tóxicas peligrosas, alto riesgo en cuanto a los métodos de uso y aplicación de estas sustancias, inexistencia de equipos de protección apropiados para nuestro medio, y la carencia de facilidades de disposición de plaguicidas obsoletos, remanentes y derrames.

Las iniciativas gubernamentales para desincentivar el uso de estas sustancias han sido pocas, insuficientes y carentes de sostenibilidad a mediano y largo plazo. Por otro lado, el desmantelamiento paulatino de los servicios oficiales de extensión, especialmente en la última década del siglo XX, ha disminuido significativamente la capacidad de asesoramiento y de transferencia de tecnologías menos contaminantes, por lo que las asesorías técnicas están cada vez más en manos de los representantes de ventas de las compañías importadoras de agroquímicos, cuyos salarios dependen parcialmente de las ventas que realicen.

Con frecuencia los entes oficiales aducen su incapacidad a la falta de recursos económicos que en este momento bien podrían tomarse de una parte del gravamen ya existente del 0,5% sobre el valor CIF de las importaciones de estos productos, que recauda anualmente

más de medio millón de dólares en la actualidad, y con los cuales se podría dar financiamiento permanente al Programa Nacional de Agricultura Orgánica (PNAO) del Ministerio de Agricultura y Ganadería, así como a una posible Ley de Promoción y Fomento de la Producción Orgánica Nacional que recién empieza a discutirse en el 2003 en la Asamblea Legislativa.

Sin duda alguna, el mayor aporte de la OPS al país para tratar de conocer con mayor detalle la magnitud de la problemática causada por los plaguicidas en nuestro medio, así como en el intento por disminuir su uso, se ha dado en la última parte del siglo XX, por medio del Proyecto Aspectos Ocupacionales y Ambientales de la Exposición a Plaguicidas en el Istmo Centroamericano (PLAGSALUD), financiado por la Agencia Danesa para el Desarrollo Internacional (DANIDA) el cual se viene ejecutando desde agosto de 1994. Una de las características a resaltar en este proyecto, a diferencia de otras en lo pasado, es que tiene un componente dirigido a apoyar la implementación de alternativas de agricultura sostenible.

Conclusiones y desafíos

Bajo las condiciones señaladas en que se utilizan los plaguicidas en el país, no es difícil adivinar que los intentos por mejorar la calidad de los informes epidemiológicos relativos a las intoxicaciones por plaguicidas, y en especial el intentar disminuir los casos de intoxicación, continuarán siendo infructuosos, mientras la realidad precitada no cambie, lo cual es sino muy difícil casi imposible de lograr dada la complejidad y los intereses involucrados en una temática como la que nos ocupa. Al respecto, C.A. Rodríguez nos recuerda que "La salud para los trabajadores agrarios y aún para los campesinos independientes no es una elección, no se enferman por malos hábitos de vida, se enferman y mueren por condiciones de trabajo que ellos no han gestado. Los planes para mejorar la salud de los trabajadores agrarios no necesitan de una epidemiología que se limite a contar mejor los muertos sino de una intervención que trate de evitarlos. En el centro de esta intervención está el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y el promover formas de agricultura más sanas y condiciones de vida que respeten su vida, deseos y esperanzas".

Adaptando una idea original de Harry Rothman, se puede afirmar que los problemas causados por los plaguicidas tienen, con frecuencia, raíces económicas, culturales y sociales que adoptan la apariencia de ser problemas técnicos. De modo que, todos los esfuerzos por hallar únicamente soluciones técnicas a estos problemas están condenados, en gran medida, al fracaso, porque básicamente tratan los efectos, en lugar de las causas. Solo conociendo las raíces de esta problemática se podía desarrollar e implementar estrategias para que den como resultado soluciones exitosas.

En la medida en que se tenga en buena estima la vida, la salud y la conservación del ambiente, como sabiamente lo establece el sentido común, es obvio que al analizar los problemas sobre el manejo de los plaguicidas, estos dejan de ser una opción a seguir, por lo que cada día es más urgente la necesidad de desarrollar, dar a conocer, y sobre todo, poner en

práctica, alternativas preventivas, para reducir, y en la medida de lo posible, eliminar el uso de estas sustancias.

Lo anterior debe ir acompañado de un conocimiento más profundo de las relaciones que se presentan en el agrosistema, así como de los recursos locales disponibles, tal y como lo enfatiza la agricultura orgánica. Este tipo de agricultura concilia los aspectos de prevención (eliminando las causas de los problemas, al considerar que es más conveniente prevenir que curar), convivencia y sostenibilidad ecológica y económica (utilizando los recursos sin destruirlos). Se trata entonces de un sistema de producción holístico, basado en prácticas de manejo que consideran y toman en cuenta las leyes de la naturaleza, proporcionando condiciones apropiadas para que las actividades biológicas en los agrosistemas se desarrollen óptimamente.

La agricultura orgánica no consiste solamente en sustituir los agroquímicos sintéticos por otros de origen natural, así como tampoco, en hacer creer que estos últimos son inocuos, o que se puede pasar de un sistema convencional a uno orgánico de la noche a la mañana, porque ello sería irreal.

A pesar del poco apoyo recibido hasta la fecha, en comparación con los subsidios y facilidades que sigue teniendo la agricultura tecnificada desde mediados del siglo XX, Costa Rica ha dado sus primeros pasos con éxito en agricultura orgánica desde hace poco menos de tres lustros, producto del esfuerzo titánico de los agricultores pioneros que han visto en la agricultura orgánica una salida a sus situaciones de crisis de salud y económicas provocadas por el uso de los plaguicidas.

Reconociendo la situación y la realidad del manejo de plaguicidas en Costa Rica, parece más sensato enfocar los escasos recursos humanos y económicos disponibles hacia la búsqueda, promoción y aplicación de políticas que tiendan a favorecer el uso de métodos de producción alternativos, menos dependientes, contaminantes y peligrosos, tal y como se está realizando con éxito en muchos países del mundo por medio de la agricultura orgánica.

Hoy se confirma la validez de las palabras del físico alemán-norteamericano Albert Einstein (1879-1955): "No podemos resolver los problemas más preocupantes de hoy utilizando los mismos niveles y patrones de pensamiento que empleamos cuando creamos los problemas".

Con base en lo anterior, puede verse la necesidad, urgencia y conveniencia de emprender acciones tendientes a lograr la difusión y la consolidación de los principios de la agricultura orgánica en nuestro medio, a la mayor brevedad posible, para lograr una agricultura realmente sostenible, con el consiguiente beneficio económico, social, de salud y ambiental para los productores, los consumidores y el ambiente en general. Para el futuro cercano se prevé una valoración e incorporación creciente, tanto por parte de los agricultores tradicionales y "curiosos", como de los centros de investigación y educación formales, de la temática de la agricultura orgánica, así como de una cantidad enorme de conocimientos técnicos aplicables a la misma que se encuentran dispersos.

La rapidez con que la agricultura orgánica pueda expandirse dependerá, entre otros factores, de la habilidad con que puedan superarse los obstáculos que se le presentan, así como de la promoción de las condiciones y los incentivos necesarios que requiere.

Ante todo debemos considerar, como lo señaló acertadamente el Dr. C. A. Rodríguez, que: "La agricultura implica considerar a la tierra como un organismo vivo, a los vegetales como alimentos que deben ser sanos y a los trabajadores agrícolas como constructores de una riqueza que no pueden ni deben pagar con su salud".

5. La prevención de riesgos, un cambio de paradigma en el manejo de los desastres en Costa Rica

*Dra, Virginia Céspedes Gaitán**

Costa Rica inició, desde la crisis planteada por el terremoto de Cartago en 1910 y posteriormente, con las experiencias generadas por la atención a los eventos vulcanológicos de la década de los sesenta y la promulgación de la Ley Nacional de Emergencias en 1969, un proceso de crecimiento y de sistematización en el manejo de los desastres a los que la población del país ha estado sometida a lo largo de su historia y de manera más grave y sistémica, en las postrimerías del siglo veinte y los primeros años del milenio.

El tratamiento que el estado costarricense ha dado al abordaje y manejo de las situaciones de emergencia en el país, así como a los procesos de recuperación posteriores, han sido marcados en forma significativa por las características propias de la estructura social y política de la nación, de vocación civilista y exenta de estructuras militares que han sido común denominador en la mayoría de los países de la región.

Sin embargo, el proceso de desarrollo de asentamientos humanos y la presión de las comunidades cada vez más extensiva e intensiva sobre el medio natural, soslayando criterios de planificación y sin la incorporación efectiva de normas de prevención y de valoración de las amenazas naturales y antrópicas a las que está expuesto el país, condicionan un mayor riesgo de aparición de situaciones de emergencia y de eventuales desastres en un contexto geológico, atmosférico e hidrológico dinámico, generador de permanentes amenazas para el ambiente físico y la población asentada sobre el mismo.

Ante este marco de multiamenaza altamente complejo, se impone una respuesta orientada por una política pública transversal a toda la gestión de Estado, que articule el accionar

* *Directora Región Central Norte, Ministerio de Salud*

del sector privado, la organización civil y las instituciones del estado, de forma que las acciones para evitar, mitigar y atender los desastres competan a toda la estructura social.

Para entender el necesario cambio en la conceptualización misma de los desastres y de la organización y gestión de la respuesta a los mismos que el proceso histórico del país en el tema ha generado, así como por las orientaciones que el desarrollo científico han condicionado, es preciso revisar cuál ha sido el proceso del manejo de los desastres en el país, y cuáles son las propuestas que en consideración a lo anterior, se han venido desarrollando en los últimos años.

Asimismo, el análisis de las lecciones aprendidas y la orientación que el conocimiento científico inducen en el abordaje de las situaciones de emergencias y los desastres, condicionan el planteamiento de retos cruciales que deben ser incorporados en la agenda de los tomadores de decisiones tanto del sector público, específicamente de la autoridad sanitaria nacional, como del sector privado y del colectivo en forma general.

La historia del manejo de los desastres en Costa Rica

Con anterioridad a 1963, los eventos físicos que ocurrieron en el país se dieron en zonas de muy baja densidad poblacional y con infraestructura limitada, lo que condicionó que no tuvieran gran impacto. Las emergencias y desastres que se presentaron, fueron atendidos principalmente por la Cruz Roja Costarricense, institución fundada en 1865 durante la administración de don Bernardo Soto Alfaro. La organización se caracterizó por la creación de "comités" interinstitucionales encargados de la coordinación de las acciones. El único evento de verdadera importancia que se dio en ese período fue el terremoto de Cartago en 1910, que dejó un saldo de cerca de 1000 muertos y dañó una gran parte de las edificaciones y estructuras de la ciudad. Este evento, que fue considerado como el desastre del siglo, condicionó que el gobierno emitiera en la década de los treinta, una directriz de rango legal en la que se prohibía la construcción con adobe, decisión que significó un verdadero avance en materia de prevención.

A partir de 1963, las erupciones del Volcán Irazú, que se prolongaron por más de dos años, condicionaron la necesidad de crear una entidad que asumiera la atención de la emergencia. Esa primera instancia formal se denominó Oficina de Defensa Civil, estuvo adscrita a la presidencia de la República y constituyó el primer organismo coordinador responsable e institucionalizado, a nivel del Estado, para la gestión de emergencias o desastres.

El depósito de miles de toneladas de cenizas en los alrededores del volcán, causó severos problemas de salud, así como daños en la producción agrícola y ciertas infraestructuras, aunque sin pérdida de vidas humanas.

Asociado a lo anterior, se producen en diciembre de 1964 el descenso de grandes flujos de lodo e inundaciones en la cuenca del río Reventado, arrasando a su paso el pueblo de Taras, destruyendo 400 casas y causando la muerte de 21 personas.

Ante la respuesta intersectorial que la emergencia planteó al gobierno de turno, se creó la llamada "Comisión Ejecutiva del Irazú" para coordinar el manejo de la emergencia. Pre-

sidida por el Ing. Jorge Manuel Dengo, convocó a un grupo de profesionales, mayoritariamente ingenieros, quienes, además de manejar la crisis en el momento de la emergencia, comenzaron a interesarse por el manejo de las emergencias y a sistematizar información traída de otros países.

La Oficina de Defensa Civil, como ente coordinador civil en un país sin fuerzas armadas, no asumió un rol protagonista en las acciones directas de atención de la crisis, sino que fueron los organismos tradicionales de atención los que asumieron el rol fundamental.

La ODC luego de la atención de la etapa crítica de la emergencia y de la construcción de diques de protección contra futuras inundaciones, implementa en la década de los sesenta un esquema de conservación y recuperación de la cuenca del río Reventado, que puede ser considerada como una de las primeras experiencias en la prevención de desastres en nuestro país.

A finales de esa década se produce la emergencia del Volcán Arenal, que cobra la vida de más de ochenta personas y ocasiona daños serios en la infraestructura de los pueblos vecinos, así como a la economía de la zona.

En 1970 la ODC pasa a depender del Ministerio de Obras Públicas, perdiendo paulatinamente su autonomía y asumiendo más bien un rol administrador de algunos proyectos específicos, como la estabilización de la cuenca superior del río Reventado y la preparación de algunos de los primeros manuales de capacitación del país en materia de desastres.

Estas dos experiencias, coordinadas por profesionales de los campos de la ingeniería y de la medicina, caracterizaron un abordaje de las situaciones de emergencia que combinó una gran capacidad de organización y logística (por la participación de los ingenieros), con una vocación y visión humanitaria y asistencialista (aportada por los médicos). Esta particularidad diferenció la experiencia costarricense de la del resto de los países de América Latina, en los que las emergencias y los desastres fueron manejados por militares y la Cruz Roja, en Costa Rica, el control de las situaciones de emergencia estuvo desde sus inicios en manos de profesionales de visión humanista, con sólida presencia en la vida política del país. Ello condicionó un modelo catalogado por algunos como "tecnocrático", con un mando de control organizado alrededor del humanitarismo, el asistencialismo y las soluciones estructurales de ingeniería al problema de los desastres.

La experiencia en el manejo de las emergencias del Volcán Irazú y de Taras, así como la erupción del Volcán Arenal, suscitaron la creación de un marco legal adecuado para esas situaciones emergentes. El primer intento por establecer ese marco legal fue la aprobación del proyecto de ley llamado "Ley de Emergencias del Volcán Arenal", el cual fue aprobado en agosto de 1968.

Posteriormente, el 14 de agosto de 1969, es publicada la Ley No. 4374 denominada "Ley Nacional de Emergencia", la cual define el comienzo de un marco legal y de procesos entre los cuales resalta la creación de un fondo especial de emergencia, formado por los aportes, donaciones, préstamos, y la asignación de partidas del presupuesto nacional. La Ley fue complementada en 1974 con el Reglamento de Emergencias Nacionales, en el que se esta-

blece la oficina de la "Comisión Nacional de Emergencias", como ente responsable de la función de planificación y ejecución.

El fundamento legal de dicha Ley fue el artículo 180 de la Constitución Política, en el que se establece el rol del Estado durante las situaciones de "calamidad" pública. El objetivo principal de la ley fue la coordinación de los planes de socorro en casos de emergencia, desde el momento del desastre hasta el fin de las obras de rehabilitación, sin considerar de manera expresa medidas de prevención o de preparación.

Vale resaltar que en el manejo de ese Fondo de Emergencia, en aplicación de lo contemplado en el artículo 180 citado anteriormente, se permite el uso excepcional de los dineros públicos en caso de calamidad o de guerra.

Durante la década siguiente (de 1970 a 1983) el país pasó por un período de relativa calma, sin ningún evento de magnitud en el territorio nacional, en un entorno centroamericano sacudido por eventos de gran poder destructivo, que indujeron un aumento en la experiencia del manejo de desastres en los profesionales y personal paramédico nacional que brindó colaboración, como un aumento en la conciencia sobre el riesgo de los desastres.

Es durante ese período que la Cruz Roja Costarricense juega un rol de intensa participación, lo que le permite incorporar esa experiencia en la práctica a nivel nacional y la consolida como la institución encargada de las emergencias en el país.

Asimismo, la participación de los médicos emergenciólogos en el extranjero condiciona que se consolide un sector médico que desplaza a los ingenieros en la respuesta inmediata a los eventos. Esta presencia fue impulsada aún más con la iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud al comenzar su programa de Preparativos en Casos de Desastres, en 1976, que permitió que médicos costarricenses asistieran a las reuniones promovidas por la OPS y trajeran ese acerbo de conocimientos al país.

En esa etapa, se destaca el papel jugado por el Dr. Lenín Saénz, quien produce un borrador del primer Plan Nacional de Emergencias, en el cual se evidenciaba un alto grado de concientización y de conocimiento del tema, así como el esbozo de ideas novedosas como el papel preponderante que deben jugar la organización local y la participación popular.

Asimismo, en esa década se diseña el primer Código Sísmico del país, que representa un hito en las medidas estructurales de mitigación de desastres.

En 1983 se aprueba una modificación a la Ley Nacional de Emergencias, ampliando el concepto de declaración de emergencia a "cualquier condición de emergencia nacional en cualquier parte del territorio nacional o en cualquier sector de la actividad nacional cuando por alguna contingencia social el gobierno lo considere necesario".

Esta modificación permitió la agilización en la derogación de fondos públicos hacia proyectos no relacionados con desastres propiamente dichos y propició por un lado, un proceso de consolidación y fortalecimiento de la CNE, como también, serios cuestionamientos por el manejo de los fondos públicos y denuncias por fraude y corrupción en el manejo de los mismos. La reforma fue derogada por inconstitucional en 1993.

En la coyuntura de los años 1983 en adelante se abre en el país un ciclo de gran actividad sísmica, seguida de pronósticos que referían la posibilidad de un evento de gran magnitud destructiva en los años venideros. Este ciclo se inicia con un sismo de 7.2 R. en la Península de Osa, el cual, debido a su profundidad, causó muy pocos daños. Luego, en julio del mismo año, un sismo de 6.2 R. en el Cerro de la Muerte, cerca de San Isidro del General produce serios daños en el Hospital de la ciudad y en viviendas, pero solamente un deceso asociado al sismo.

Estos eventos, así como la presencia de algunos organismos internacionales que brindaron apoyo financiero y de asesoría importante (OFDA-AID), condicionan el inicio en el país de un período de fuerte desarrollo de la sismología y de la vulcanología.

Al finalizar la década, importantes eventos hidrometeorológicos se producen en la Vertiente del Caribe, entre los cuales se destaca como el de mayor impacto, el paso del Huracán Joan cerca de nuestro territorio. Este evento dejó, entre otros efectos, más de 40 muertos en el Pacífico Sur. La necesidad de atender en forma coordinada e intersectorial las emergencias en el país, conduce a un proceso de institucionalización de la CNE que se reorganiza mediante el decreto 1703-P-MOPT, del 30 de mayo de 1986 dotándosele de una estructura organizativa propia, con controles contables necesarios para una honesta administración. Es a partir de este decreto que la CNE se empieza a reconocer como institución.

Posteriormente, el decreto No. 1853-MOPT, de julio de 1988 establece el reglamento orgánico de la CNE y señala que la misma estará adscrita al Ministerio de obras Públicas y Transportes, cuyo Ministro, junto con el Presidente de la República, nombrará sus miembros.

A partir de 1990, se formaliza una estructura institucional que tiende a separar los aspectos de respuesta, de los relacionados con la prevención y la mitigación.

Se inicia un proceso de promoción de esquemas de cooperación, colaboración y coordinación sectorial en torno a sectores estratégicos para la gestión de desastres, en especial, a lo referente a los estudios y monitoreos geofísicos, incluyendo la sismología, la vulcanología y la climatología. Así mismo, se promovieron programas nacionales, entre los que se destacaron el Programa Educativo de Emergencias del Ministerio de Educación Pública (PEEMEP) y el Programa Nacional de Emergencias Médicas (PRONEM) que trabaja a nivel comunitario prehospitalario e intrahospitalario.

En estos años, la OPS, a través de su programa de Preparativos para Desastres, promueve más de sesenta actividades de capacitación en el país por año, a diferentes niveles. Dentro de la CNE se forma un Comité Interinstitucional Permanente del Sector Salud, compuesto por representantes de los principales hospitales del país, el Ministerio de Salud, la Cruz Roja Costarricense y la participación de la OPS, lo que constituye un avance crucial en la organización y capacitación del sector y condiciona un fortalecimiento de la presencia médica en la determinación del rumbo de la gestión de los desastres y emergencias.

El paso del Huracán Joan, citado anteriormente, arrojó algunas lecciones que fueron valiosas para analizar el manejo de los desastres en el país: en primer lugar, la evacuación de Limón mostró la importancia de un mando central revestido de autoridad y respetabilidad,

tanto en el plano técnico como en el político. En segundo, lo centralizado de la respuesta reveló la necesidad de esquemas complementarios fundamentados en estructuras regionales y locales. Por último, la ausencia de fuerzas armadas y sus equipos de movilización en el país mostraron la importancia de la colaboración interinstitucional y la movilización del sector privado, así como del apoyo internacional. Asimismo ilustró la importancia de una más cuidadosa y detallada consideración del uso de la información pública y del rol de la prensa.

Quedó claro la importancia de la educación, la cultura y los preparativos para situaciones de desastre y la conceptualización de que la reducción de los desastres tiene una fuerte vinculación con el desarrollo y con la disminución de la pobreza.

Durante los noventa se inicia un nuevo ciclo de eventos en los primeros años de la década. El terremoto de Cóbano, producido en la costa Sur de la Península de Nicoya, causó extensos daños a viviendas, hoteles y escuelas de la zona. En el mismo año, en el mes de diciembre, un sismo sacude la Gran Área Metropolitana, especialmente a las ciudades de Alajuela y Heredia, produciendo daños en la infraestructura.

Cuatro meses después se produce el sismo más fuerte del siglo, el terremoto de Telire, acaecido el 22 de abril de 1991. Con intensidad de 7.4 R. y un nivel de IX en la escala Mercali, causó destrucción de numerosas estructuras en la zona de Limón y el resto de la costa Atlántica. Provocó asimismo intensos cambios en las cuencas hidrográficas y la línea costera y dejó fuera de aplicación las propuestas anteriores sobre el manejo de situaciones de desastre, como fuera el "documento de planificación estratégica de la Comisión de Emergencia" elaborado en 1990.

El manejo de las emergencias de Cóbano y Alajuela, pero mayoritariamente la del terremoto de Telire, dan paso a una tarea de reflexión, planificación y programación a nivel de la gestión de los desastres en el país.

Uno de los asuntos que se mostraron más claramente fue la necesidad de fortalecer la participación local en la respuesta a los eventos. De tal manera, se aceleró a nivel nacional la capacitación de los comités locales o regionales de emergencia y se promovió la participación local en la vigilancia de cuencas durante la etapa posterior al sismo, así como la participación de ONGs regionales y locales en la gestión de desastres.

Posterior a esta etapa y ante las lecciones aprendidas, se inicia, con el apoyo de OFDA, la elaboración de un Plan Nacional de Emergencias, que organiza por sectores a todas las entidades del Estado y las organizaciones no gubernamentales, estableciendo las responsabilidades y las acciones específicas de los actores sociales en el manejo de las situaciones de emergencia. Es importante señalar que en dicho plan se refuerza la articulación entre sectores y se incluye un capítulo sobre prevención, además de que se le proporciona a la CNE la estructura jerárquica y funcional.

El plan es aprobado en julio de 1993 mediante el decreto ejecutivo No. 22383-M-J-MOPT-MIVAH-MIRENEM-G-SP, y representó un avance decisivo en el proceso de organización nacional para desastres.

A partir de 1994, y secundaria a la declaratoria de inconstitucionalidad del artículo No.1 de la ley nacional de emergencia vigente en ese momento, que conllevaba la improcedencia de las declaratorias de emergencia por contingencias sociales, se genera una importante baja en los recursos financieros de la CNE y es por ello que, a partir de 1994, la CNE debe recurrir al Presupuesto Nacional de la República para su financiamiento. Asimismo, inicia un proceso de sujeción a las medidas administrativas para el control del gasto público establecidas por la Autoridad Presupuestaria para las instituciones de gobierno y una incorporación paulatina de su personal al Régimen del Servicio Civil. De ahí que su trabajo se ve afectado presupuestariamente y se limita a coordinar acciones de seguimiento en la reparación, organización y respuesta ante los desastres. El presupuesto insuficiente impidió, asimismo, realizar proyectos estratégicos en prevención.

Sin embargo, en 1994 la CNE recibe el premio Sasakawa en reconocimiento a sus esfuerzos, especialmente a lo relativo con el desarrollo de dos proyectos estratégicos; la implementación de un Sistema de Información Geográfica y la elaboración de Mapas de Amenazas desagregado a nivel de cantones.

Con el surgimiento de nuevos conocimientos en relación al manejo de los desastres, y los cambios producidos en las instancias de defensa civil en otros países, se inicia en 1998 la elaboración de un documento presentado, junto con otros, ante la Asamblea Legislativa. En dicho documento se incorporan conceptos como el de la reducción de la vulnerabilidad y el manejo del riesgo, planteando un nuevo enfoque para la prevención y el manejo del "antes" en la intervención de la CNE.

En octubre de 1999 es publicada en la gaceta la Ley Nacional de Emergencias No. 7914, cuya finalidad, expresada en el capítulo I, será: "regular la actividad extraordinaria que el Estado debe efectuar frente a una situación de emergencia, así como las acciones ordinarias de prevención de las situaciones de riesgo inminente de emergencia en todo el territorio nacional".

En el contenido de dicha Ley se transforma la Comisión Nacional de Emergencias en la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias. En este nuevo marco jurídico y organizativo, la CNE deje de ser una entidad meramente atencionalista y asume a priorizar acciones en el campo de la prevención, cuyas recomendaciones han de tener carácter vinculante y serán de acatamiento obligatorio.

El avance tecnológico, si bien contribuye al desarrollo del país, también obliga a estar alerta, pues los riesgos de accidentes tecnológicos han aumentado. Esto exige incluir ese tema en los planes comunales de emergencia, ya que la población debe conocer las amenazas existentes y prepararse.

El gran reto es conseguir esos logros con los recursos existentes. Para ello, se hace indispensable la unión de esfuerzos y recursos de todas las instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales y empresa privada. Hace falta también trabajar arduamente en la sensibilización y capacitación de todos los actores para que exista la conciencia de que el tema de las emergencias y los desastres, es responsabilidad compartida, ya que afecta a todos.

Capítulo 10. Salud para Todos y promoción de la salud

La Declaración de Alma Ata en 1978 sobre la atención primaria y, la meta mundial de Salud para Todos en el 2000 como estrategia para eliminar las desigualdades y las iniquidades, son un compromiso vigente de los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud.

Por otra parte, la implementación de la promoción de la Salud es una tarea pendiente. En 1986, en la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, realizada en Ottawa el 21 de noviembre de 1986, los países se comprometieron mediante la Carta de Promoción de la Salud, conocida como Carta de Ottawa, ha realizar esfuerzos para promover este enfoque que responde a un nuevo paradigma de la salud pública, pues en esencia esta estrategia busca lograr que los individuos y las comunidades gocen y mantengan su bienestar físico, mental y social. La salud como producto social, debe ser construida por todos los actores de la sociedad (instituciones, organizaciones e individuos) incidiendo en las determinantes de la salud.

En este capítulo también se desarrollan dos temas que en los últimos años se han convertido en importantes problemas de salud pública, la violencia y la violencia intrafamiliar. Es un intento por comprender este fenómeno cuyas raíces están intrínsicamente ligadas a determinantes sociales y culturales.

1. Salud para Todos

*Dr. Rodrigo Salas Conejo**

De conformidad con la política sanitaria de la Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud y de Costa Rica, desarrollada durante la segunda mitad del siglo anterior, la Salud para Todos y por Todos (SPT) es una estrategia que se fundamenta en las desigualdades e iniquidades existentes en salud, y reconoce a la salud y al bienestar como derechos fundamentales de todas las personas, y no solo de algunas privilegiadas. Su objetivo es que todas las personas, a lo largo de toda su vida, alcancen y mantengan el más alto grado de salud posible. Para lograr dicho objetivo, la SPT establece metas específicas en el tiempo, en diferentes campos de la salud, que permitan avanzar en el pro-

**Ex consultor de la OPS/OMS*

ceso y evaluar los progresos que se van alcanzando. Igualmente, tomando en consideración los factores condicionantes de la salud, así como las fortalezas y debilidades existentes para alcanzar las metas, diseña las políticas y estrategias idóneas para alcanzarlas, incluyendo las adquisiciones de los recursos materiales, humanos, financieros, gerenciales, operativos y de cooperación requeridos para producir los cambios planeados.

La ST busca superar la iniquidad existente y abrir oportunidades de salud con la participación de todas las personas y sus organizaciones, basado en los principios de justicia, equidad, fraternidad y solidaridad sociales, que resguardan la dignidad y derechos fundamentales de todos los seres humanos y, que orientan el proceso de salud para todos, pero especialmente para aquellas personas excluidas, marginadas, subatendidas y más vulnerables. Por eso, la ST mantiene y mantendrá su plena vigencia mientras persistan las iniquidades entre países y entre grupos de un mismo país. Por imperativo ético, sus conceptos, metas, orientaciones políticas y estratégicas y mecanismos de control y evaluación, deberán incorporarse dentro de las políticas nacionales de salud.

Esta estrategia reconoce a la salud y el bienestar como derechos fundamentales de todos los seres humanos, incluyendo el derecho de desenvolverse en lugares saludables y seguros: en sus hogares, escuelas, trabajos, establecimientos de salud, lugares recreativos, medios de transporte, establecimientos públicos y privados, comunidades y ciudades, así como también el derecho a desarrollar comportamientos saludables, seguros, armoniosos y gratificantes, y a prevenir, controlar o mitigar los riesgos provenientes del ambiente.

Para ilustrar las iniquidades en salud, a continuación se presentan algunos indicadores, tanto de salud, como de dos de sus factores condicionantes: ingreso y alfabetización, observados en: Costa Rica, Cuba y Haití, los cuales muestran diferencias existentes entre dichos países, las que suelen repetirse entre distintos grupos de población de un mismo país y en ocasiones con mayor intensidad.

Cuadro Nº 1
Situación de salud. Costa Rica, Cuba y Haití.

Indicadores:	Costa Rica [1]	Cuba [2]	Haití [3]
Esperanza de Vida	76,6	76,3	54,6
Mortalidad Infantil	10,2	7,2	80,3
Mortalidad <5años	13,9	11,2	101,1
PNB/capita	7.880	N. D.	1470
Alfabetización	95,6	96,4	48,6

Perfiles de salud por país. OPS/OMS. Página web:
http://www.paho.org/Project.asp?SEL=HD&LNG=SPA&CD=COUNT

1. Perfil de Salud de País. Costa Rica. OPS/OMS. Página web: http://www.paho.org/Spanish/SHA/prflCOR.htm
2. Perfil de Salud de País. Cuba. OPS/OMS. Página web: http://www.paho.org/Spanish/SHA/prflCUB.htm
3. Perfil de Salud de País. Haití. OPS/OMS. Página web: http://www.paho.org/Spanish/SHA/prflHAI.htm

Las diferencias en la situación de salud están determinadas por distintos factores condicionantes, tales como: el ingreso económico per cápita; el nivel educativo; la cobertura de la seguridad social; la situación alimentaria y nutricional; la situación de las viviendas; la cobertura de los programas de asistencia y promoción sociales; las oportunidades de recreación sanas; la cobertura de los servicios básicos, incluyendo suministro de agua, alcantarillado, recolección de basuras y electricidad, la cobertura y calidad de los servicios de salud y, la participación política que permita a la población tanto controlar y pedir cuentas por la implementación de las políticas nacionales y locales, como influir en su reorientación.

Como la situación de salud y de oportunidades varían mucho, esa iniquidad debe ser corregida o compensada por estrategias apropiadas, tanto sectoriales como extrasectoriales y de armonización intersectorial, entre las cuales se pueden mencionar: la redistribución progresiva de ingresos y riquezas; la formación profesional, capacitación laboral y mercado de trabajo; incrementos salariales progresivos; servicios sociales equitativos, que tiendan a compensar progresivamente los riesgos de los sectores más pobres de la población; la armonización de los servicios sanitarios y sociales de la población, con los requerimientos económicos del desarrollo, para que sean más justos, más humanizados y esté al servicio del hombre, y no al revés; el desarrollo y modernización de los servicios de salud para que atiendan a la población con equidad, eficacia, eficiencia, oportunidad y respetando la dignidad humana.

Las tres grandes categorías de factores condicionantes de la salud son: 1), la participación en el mercado, que aunque ofrece buenos bienes y servicios, excluye a quienes carecen de suficiente capacidad de pago para adquirirlos, incluyendo a los servicios privados de salud; 2), la participación en los servicios sociales, que tienden a deteriorarse cuando los países reducen los fondos que les asignan, dentro de políticas de reducción del Estado, y 3), la participación en la política o toma de decisiones públicas, para influir en su orientación hacia una generación de mayores oportunidades individuales (salud, educación, capacitación, empleo) y hacia un fortalecimiento de los servicios sociales.

En cuanto a la toma de decisiones, en América Latina ha estado fuertemente concentrada en los sectores privilegiados de las cúpulas políticas, quienes tienden a adecuar las políticas a sus propios intereses, en perjuicio de la eficacia y eficiencia para atender las necesidades de los sectores más vulnerables, y a desviar recursos en su beneficio y en el de quienes los apoyan. Esta situación ha creado un desprestigio político, especialmente de los políticos tradicionales, así como la emergencia de otras opciones, algunas populistas, demagógicas y oportunistas, que en la mayoría de los casos tampoco han sido una solución adecuada.

Por lo anterior, además de las estrategias de redistribución del ingreso y de servicios sociales eficaces y eficientes, se requiere profundizar las democracias, con mayor transparencia de las actividades públicas, modernización y ampliación de los sistemas de información y rendición de cuentas, fortalecimiento de una prensa libre e investigativa, mayor control y pedido de cuentas a los políticos e instituciones por parte de la ciudadanía, descentralización y mayor participación de la sociedad civil en la toma de decisiones.

Política Nacional de Salud

Durante la primera mitad del siglo anterior, en el campo de la salud costarricense coincidían tres sistemas paralelos:

1. **La medicina asistencial**, que se inició en 1852 con el Hospital San Juan de Dios y la Junta de Caridad, y que sirvió de ejemplo para que otros hospitales y juntas similares se fundaran posteriormente en otros lugares. Sus servicios de caridad tomaron luego el carácter de asistencia pública, estableciéndose la obligación para el Estado de velar por el que necesita ayuda. Su nombre cambió a Juntas de Beneficencia Pública y finalmente a Juntas de Protección Social, su labor fue altamente apreciada por la sociedad costarricense, debido al rol de protección social que desempeñaron.
2. **La medicina preventiva**, que se empezó a organizar a partir de: las medicaturas de pueblo en 1894; la campaña contra la anquilostomiasis en 1907; el Departamento Sanitario Escolar en 1914; el Departamento de Anquilostomiasis en 1915, el cual contó con el apoyo de la Fundación Rockefeller; las acciones antituberculosas en 1915; las antivenéreas en 1920, y las clínicas prenatales e infantiles en 1920, conjunto de programas que dio origen a la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública en 1922. Esta Subsecretaría, mediante la Ley sobre Protección de la Salud Pública, en 1923 asumió las funciones que estaban a cargo de la Secretaría de Beneficencia, y que incluían la atención de hospitales y otros establecimientos, y mediante ley del 4 de junio de 1927 se convirtió en la Secretaría de Salubridad, actualmente Ministerio de Salud.[4] Las funciones del Ministerio también han sido altamente apreciadas, por sus funciones de salud pública, incluyendo la promoción y protección de la salud, la vigilancia epidemiológica, el control de epidemias y endemias, el saneamiento ambiental, la educación sanitaria y la promoción de la participación de la comunidad, y actualmente se encuentran en proceso de reducción y fortalecimiento de las de rectoría del sector, y
3. **Los seguros sociales**, que se introdujeron en el país mediante su Ley Constitutiva de 1941, la cual creó la Caja Costarricense de Seguro Social, la que de inmediato inició sus servicios con el Seguro de Enfermedad y Maternidad. En 1943, al incorporarse a la Constitución Política el Capítulo de Garantías Sociales, su establecimiento se elevó a rango constitucional. Así, el artículo 73 de la Constitución Política establece los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muer-

4. Ministerio de Salud. Costa Rica. Memoria del Ministerio de Salud y de la Salud Pública de Costa Rica. 4 de junio de 1977

te y demás contingencias que la ley determine, y puso su administración y gobierno a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social.[5] Esta institución fue seleccionada para hacerse cargo de la atención médica integral de las personas, debido a que les reconoce el derecho a la salud, está relativamente bien financiada, y sustenta sus servicios en principios compartidos por la mayoría de la población: universalidad y solidaridad.

Paralelamente a estos tres sistemas, se ha venido desarrollando también la medicina privada, que hoy cuenta con servicios modernos y tecnologías de punta, pero que restringe sus servicios a quienes tienen capacidad de pago para adquirirlos en el mercado, que son los que disfrutan de más salud y bienestar, así como también a quienes los logran con financiamiento de la Caja, lo cual ha sido una fuente de corrupción que irrita los sentimientos, integridad y tolerancia de los costarricenses. Por ser esta medicina más onerosa, y estar al servicio de los sectores con mejor situación económica, no se considera conveniente que el Estado la promueva, comprándole servicios con los fondos de los asegurados, y a precios presumiblemente más elevados que los que corresponderían a los costos institucionales en caso de realizar las inversiones necesarias.

En el decenio de los 60, los Gobiernos de las Américas resolvieron programar el desarrollo económico y social, mediante la Carta de Punta del Este. El Plan Decenal de Salud Pública de la Carta de Punta del Este, que se elaboró con la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud, sirvió de orientación para la formulación de los programas y proyectos nacionales en el período 1962-1971. Durante la década se realizaron evaluaciones de dicho Plan, y se consideró que los progresos fueron sustanciales en la reducción de la mortalidad y de la morbilidad, en las modificaciones conceptuales y metodológicas, en la mejor calidad de los recursos humanos y en el mayor rendimiento de los servicios. Además, y con la ayuda de la Alianza para el Progreso, se legitimó la planificación en las democracias, que hasta entonces había estado restringida a los países con economías socializadas, especialmente mediante planes quinquenales.

El Plan Decenal de Salud para las Américas fue aprobado en la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, celebrada en Chile, en 1972, mediante la cooperación de la OPS. Allí se proclamó la salud como un derecho de todos y no el privilegio de algunos.[6] Se reconoció que ese derecho era una aspiración que todavía no había alcanzado ninguna sociedad en cuanto a la aplicación continua de los mejores conceptos y métodos de la ciencia y la tecnología para prevenir y curar las enfermedades que afectan al hombre. Ello fue un reto para que éste fuese el objetivo fundamental de los Gobiernos que representaban los ministros, como ocurrió con el de Costa Rica.

---

5. Constitución Política de la República de Costa Rica. Dr. Rodolfo Saborío Valverde. Versión WEB 2002. http://www.nexos-.co.cr/cesdepu/nbdp/copol2.htm
6. Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Santiago, Chile, 2-9 de octubre de 1972. OPS/OMS.

El Plan definió las metas para el período 1971-1980, siendo la principal el aumento en la esperanza de vida; estableció como objetivo central la extensión de la cobertura con servicios a las poblaciones rurales y urbanas no atendidas o subatendidas, mediante la reorganización y expansión de los sistemas de servicios de salud, el aumento de su capacidad operativa y el desarrollo y utilización de tecnologías adecuadas a las condiciones de cada país.

En 1971 el país publicó el primer Plan Nacional de Salud 1971-1980, el cual, conjuntamente con otros posteriores sirvió de marco a múltiples programas y actividades, entre las que se destacaron: 1) la Universalización del Seguro Social. 2) el Programa de Salud Rural, y 3) el Programa de Salud Comunitaria, que grandes beneficios trajeron al país.

Ese año se promulgó la Ley No. 4750, o "Ley de Universalización del Seguro Social", la cual orientó el proceso de universalización en tres etapas. La etapa de extensión vertical, o ruptura de topes, se realizó por subetapas, hasta que en 1975 la totalidad del salario devengado llegó a ser afectado por las cotizaciones. La etapa de extensión horizontal, o geográfica, amplió los servicios del régimen de enfermedad y maternidad progresivamente a todas las áreas geográficas del país, conforme lo fueron permitiendo los recursos disponibles. Finalmente, la etapa de universalización protegió bajo el régimen de enfermedad y maternidad a toda la población económicamente activa y sus dependientes, incluyendo trabajadores independientes, y además autorizó a la CCSS a coadyuvar en la atención de los indigentes, en la atención de los riesgos y accidentes profesionales, así como también en los programas de medicina preventiva. En esa forma, la CCSS quedó facultada legalmente para brindar servicios integrales de salud a toda la población, constituyendo un salto histórico hacia la meta de salud para todos.

En 1973 se promulgó la Ley No. 5349, o "Ley de Traspaso a la CCSS de establecimientos médico-asistenciales dependientes del Ministerio de Salud, Juntas de Protección Social y Patronatos", la cual amplió los recursos materiales, humanos y financieros de la CCSS, a fin de que pudiera extender sus servicios a toda la población bajo un solo servicio de atención médica integral. El traspaso incluyó la capacidad física instalada y las fuentes de financiamiento y el Estado quedó obligado a financiar el déficit operacional que se produjo. La CCSS, por su parte, quedó obligada a prestar atención médica a la población asegurada y no asegurada, es decir, a toda la población, y los trabajadores de los hospitales traspasados conservaron todos sus derechos laborales. Se determinó que el Ministerio de Salud es la entidad rectora del sector, a través de su función normativa y planificadora.

En reforzamiento de lo anterior, el 8 de mayo de 1975, el señor Presidente de la República comunicó al país su decisión de incorporar en calidad de asegurados por el Estado a aquella población marginada, considerada hasta entonces como indigente. Así se abrieron las puertas de un sistema de servicios en proceso de integración a todos los costarricenses por igual, sobre la base de que todos son asegurados.

El traspaso encareció los servicios de salud, pero mejoró su calidad, y terminó con la iniquidad de servicios baratos de caridad para los indigentes y de mejor calidad atendiendo un derecho de los cotizantes.

En 1976 se aprobó la Ley No. 5662, denominada "Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares", la cual estableció un fondo en beneficio de los costarricenses de escasos recursos económicos. Parte de dichos fondos se canalizó a través de programas sociales, como los de salud, y alimentación y nutrición, orientados a prevenir y corregir problemas en los costarricenses más vulnerables. Este programa ha sido en parte un redistribuidor de recursos, pero por comprar bienes y servicios privados, y financiar a otras organizaciones, también se ha prestado para muchos casos de corrupción.

El proceso de extensión de cobertura de la CCSS se desarrolló centrífugamente de las grandes ciudades hacia las poblaciones dispersas; el Ministerio de Salud se concentró en desarrollar un proceso centrípeto complementario del anterior, que consistió en extender los servicios básicos de salud integral, primero a las poblaciones rurales dispersas (menos de 500 habitantes) y después a las rurales concentradas (500 a 2000 habitantes), mediante lo que se denominó Programa de Salud Rural; así como también a las poblaciones periurbanas marginales, mediante un programa similar, denominado Programa de Salud Comunitaria, y cuyo fin común era alcanzar, a la mayor brevedad, una cobertura total, de todas las áreas y poblaciones del país.

En 1978 la Declaración de Alma-Ata, adoptada por la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud, celebrada en la URSS, y realizada por la Organización Mundial de la Salud, enfatizó que la atención primaria era la clave para alcanzar la meta de Salud para Todos en el Año 2000, como parte del desarrollo general, conforme al espíritu de justicia social.

Se afirmó que: *"La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria."*

Posteriormente, en 1979, la Asamblea Mundial de la Salud instó a los Estados Miembros a definir y poner en práctica estrategias nacionales tendientes a alcanzar la meta de Salud para Todos en el Año 2000, y la OPS/OMS publicó en 1980 su documento titulado: "Salud para Todos en el Año 2000. Estrategias", el cual, después de analizar la evolución del sector salud en los años setenta, definió las estrategias para alcanzar la meta. Además recomendó

a los gobiernos que ajustaran sus políticas y los planes de salud, tomando en cuenta las implicaciones de las estrategias nacionales adoptadas y las regionales que hayan concertad.[7]

La estrategia principal para alcanzar la meta de ST/2000 es la Atención Primaria, la cual definió sus metas mínimas de salud y las estrategias.

Las metas mínimas de salud, la mayoría de las cuales están superadas, incluían: a) alcanzar una esperanza de vida al nacer de por lo menos 70 años; b) reducir la mortalidad infantil a no más de 30 defunciones de menores de un año por 1000 nacidos vivos; c) reducir la mortalidad de niños de 1 a 4 años a no más de 2,4 defunciones por 1000; d) vacunar a todos los menores de un año contra la difteria, tos ferina, tétanos, sarampión, poliomielitis y, en los casos necesarios, tuberculosis; vacunar a todas las mujeres embarazadas contra el tétanos y ampliar la cobertura a los grupos que constituyen objetivos prioritarios respecto a otras enfermedades transmisibles, según esté indicado; e) proporcionar agua potable y saneamiento básico al mayor número posible de habitantes para 1990 y ampliar esta protección a todos para el año 2000; f) asegurar en el año 2000 el acceso a todos los habitantes de cada país a los niveles apropiados de los servicios de salud.

Las principales estrategias, que mantienen su vigencia, son las siguientes: a) extensión de la cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente; b) organización y participación de la comunidad para su bienestar; c) desarrollo de la articulación intersectorial; d) desarrollo de la investigación y de tecnologías apropiadas; e) disponibilidad y producción de insumos y equipos críticos; f) formación y utilización de recursos humanos; g) financiamiento del sector, y h) cooperación internacional.

En la década de los ochentas, cuando surgió la Estrategia de Salud para Todos en el año 2000, Costa Rica estaba sufriendo una grave crisis económica, dentro del contexto de conflictos centroamericanos y de la guerra fría. La respuesta fue una actividad muy intensa para superar esa problemática, incluyendo los esfuerzos de pacificación centroamericana y un intenso trabajo en la elaboración de numerosos proyectos, tanto nacionales como de ámbito centroamericano, generados bajo la orientación de los principios de justicia social y salud para todos. Finalmente, llegada la etapa de aprobación para su financiamiento, dentro de los principios de equidad se otorgó amplio apoyo a los proyectos de Honduras y Nicaragua, que atravesaban muy difíciles situaciones, y no se aprobó financiamiento para ninguno de los proyectos de Costa Rica, considerando su relativamente alto grado de desarrollo alcanzado.

En 1994 el país inició la Reforma del Sector de Salud, luego de que la Asamblea Legislativa aprobó un préstamo del BIRF por 22 millones de dólares y la correspondiente contrapartida nacional, la cual se realizó mediante la cooperación de la OPS. La reforma busca proporcionar servicios de mejor calidad a toda la población, con mayor eficiencia, eficacia y equidad.

---

7. Salud para Todos en el Año 2000. Estrategias. OPS/OMS. 1980.

Las principales características de la reforma son: el fortalecimiento de la rectoría sectorial de salud por parte del Ministerio de Salud; la desconcentración de los niveles de mayor complejidad del Seguro Social, con participación social mediante las Juntas de Salud, y el desarrollo de una amplia red de EBAIS, que presten servicios de atención primaria de la salud a toda la población, con participación social y promoción de la salud, y que están interrelacionados funcionalmente con los establecimientos de mayor complejidad.

Los servicios de salud están organizados en tres niveles de complejidad: en el primer nivel están los EBAIS; en el segundo nivel están las clínicas 3 y 4 y los hospitales periféricos y regionales, y en el tercero están los hospitales nacionales generales y especializados.

Los servicios están regionalizados en: Región Huetar Norte, Región Huetar Atlántica, Región Pacífico Central, Región Chorotega, Región Brunca, Región Central Sur y Región Central Norte, que están subdivididas en 94 áreas de salud y dentro de ellas se dispone de más de 700 EBAIS, 10 clínicas de segundo nivel y 29 hospitales, de los cuales 13 son periféricos, 7 regionales, 3 nacionales generales y 6 nacionales especializados.

Las áreas de salud laboran bajo el nuevo modelo de atención integral de la salud, en el primer nivel de complejidad, con una cobertura que oscila entre 40 mil y 70 mil personas por área, y entre 4.000 y 5.000 habitantes por EBAIS.

Los EBAIS para cumplir sus funciones cuentan con un equipo propio, conforme a las necesidades, pero que como mínimo está integrado por el médico general, la auxiliar de enfermería y el técnico de atención primaria, el cual es complementado por un equipo de apoyo, integrado por: la trabajadora social, la nutricionista, el médico de familia, la enfermera general, el odontólogo, el farmacéutico y el microbiólogo, personal que presta apoyo a varios EBAIS. [8]

Los EBAIS son responsables de la atención integral de la salud de las personas en un espacio poblacional determinado, y sus responsabilidades incluyen la elaboración e implementación de un plan local de salud y el adecuado desarrollo de los procesos de control y evaluación de los resultados obtenidos y de la calidad de los servicios prestados.

La Ley de Desconcentración de los Hospitales y de las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, del año 1998, impulsa el proceso de desconcentración de los hospitales y de las clínicas de la Caja, les confiere mayor autonomía, contribuye al proceso de modernización del sector salud, ofreciendo un adecuado marco legal para tener autonomía instrumental, facilitando una gestión gerencial y operativa expedita en la atención de los usuarios de servicios, y acercando los servicios a estos últimos.

8. Ley Nº 7852 de Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, del 30 de noviembre de 1998, La Gaceta No. 250 del 24 de diciembre de 1998. Internet. http://www.ccss.sa.cr/

Dicha Ley crea las Juntas de Salud, como entes auxiliares de los hospitales y las clínicas, para mejorar la atención de la salud, el desempeño administrativo y financiero, así como la promoción de la participación ciudadana. [9]

Situación observada

El país goza de paz tradicional; de un régimen político democrático, representativo, estable y centenario; de relativa equidad en la distribución en materia de ingresos, educación y salud, y de un crecimiento anual en su ingreso per cápita que de 1975 al 2000 alcanzó un 1,1, superior a la media regional que fue de 0,7 %. [10]

Lo anterior no quiere decir que no existan conflictos entre sectores, descontentos, denuncias, corrupción, inseguridad, pobreza y protestas, y que ocasionalmente no se recurra a marchas, bloqueos de vías públicas y hasta al lanzamiento de bombas molotov. Pero la cultura democrática presiona a los sectores gubernamentales, políticos y de la sociedad civil a canalizar y resolver los conflictos pacíficamente, mediante el diálogo, la negociación y la concertación.

Lamentablemente, la satisfactoria situación de la mayoría de la población, que puede acercarse al 80 %, esconde alrededor de un 20 % de población pobre y marginada, en una época de relativo estancamiento y de rezago relativo con respecto a otros países del área más dinámicos en su desarrollo, lo cual no solo reduce las oportunidades de estudio, empleo y ascenso social, sino que además compromete el financiamiento y efectividad de los programas sociales, lo que obliga a definir nuevas estrategias, que incorporen a toda la población, dinamicen el desarrollo y le permitan al Estado recuperar su liderazgo en la orientación y dinamismo del desarrollo.

Las condiciones de salud del país se mantienen satisfactorias, aunque con múltiples problemas, algunos de ellos severos, pero Costa Rica se sitúa entre los países del mundo que tienen los mejores indicadores de mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer. La tasa de mortalidad infantil se ha venido reduciendo hasta bajar a 10,21 x 1000 n.v. (2000). [11] La esperanza de vida al nacer se ha incrementado de 68.08 años en el período 1970-1975 a 75,60 años en el período de 1995 al 2000. La mortalidad materna también ha venido descendiendo con altibajos, de 3,4 por 10.000 nacimientos en 1985 a 1,9 en 1999.

El perfil de salud y las prioridades caracterizan al país por poseer una situación epidemiológica de transición, en la cual los problemas propios de países pobres coinciden con otros que requieren tecnologías complejas y costosas para su atención.

---

9. Política Nacional de Salud. 1998-2002. Ministerio de Salud, Costa Rica. http://www.netsalud.sa.cr/ms/ministe/politicas-/politicas.htm
10. Informe sobre Desarrollo Humano 2002. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Internet. http://www.undp.org/hdr2002/espanol/PRIMERAS.pdf
11. Memoria Anual 2000. Ministerio de Salud. Costa Rica. Carta de Presentación. Internet. http://www.netsalud.sa.cr/ms/ministe/memoria/me2000/dm2882.htm

En cuanto a los servicios de salud, actualmente se cuenta con una sola red estatal de servicios integrales, que legalmente cubre a toda la población costarricense, y que por pertenecer a la CCSS cuenta con financiamiento satisfactorio. Esto le permite brindar servicios propios, de buena calidad, con amplia cobertura y contar con un programa de inversiones para su modernización. No obstante, en ocasiones recurre a la compra de servicios privados, ya sea por tratarse de tecnologías modernas de las cuales carece, o por el afán de reducir las colas por insuficiente producción de servicios propios.

Los servicios que ofrecen los EBAIS, en distintos puntos del territorio nacional, fueron evaluados por el Ministerio de Salud, y se encontró que cuentan con personal muy comprometido con el nuevo modelo de atención integral de la salud.[12] La evaluación fue satisfactoria aunque se identificaron algunas debilidades que deben ser corregidas. Actualmente se cuenta con más de 800 EBAIS, con una cobertura de alrededor del 85 % de la población, se espera llegar a cubrir al 100 % de la población. Dichos equipos realizan funciones de atención integral de la salud, incluyendo educación sanitaria, promoción de la salud, visitas familiares y comunitarias, diagnósticos de salud y otras.

Recomendaciones

- Aprovechar las oportunidades que se presenten para apoyar en el campo internacional la promoción y apoyo de la paz; la solución pacífica de los conflictos; el desarme progresivo; el desarrollo y vigencia del derecho internacional; el desarrollo y fortalecimiento de los tribunales internacionales; la democratización política; la responsabilidad social de las empresas; la inclusión y justicia sociales; la promoción y defensa de los derechos humanos fundamentales; la conservación y mejoramiento del ambiente y la humanización de la globalización para que también esté al servicio del desarrollo humano y no prioritariamente de la concentración de las riquezas.
- Participar en la orientación de la Política Nacional de Desarrollo hacia el desarrollo humano sostenible, dando énfasis a la creación de nuevas oportunidades a aquellos sectores sociales actualmente excluidos y con potencialidades productivas, así como también a la asistencia directa, por medio de pensiones no contributivas y similares, a quienes carezcan de dichas potencialidades.
- Actualizar la Política Nacional de Salud en forma participativa y fortalecer su enfoque hacia la salud para todos, con énfasis en los grupos más vulnerables, movilizando todos los recursos nacionales y de cooperación externa para modificar favorablemente los más importantes factores determinantes de la salud, con énfasis en las acciones de promoción y protección de la salud, educación sanitaria y participación social.
- Continuar expandiendo los EBAIS por todas las áreas aún no cubiertas del país, hasta aumentar la cobertura de la población del 85 % al 100 % esperado, y fortalecer

sus funciones de promoción y protección de la salud, así como las de educación y participación social.

- Estudiar y superar los factores generadores de colas en los servicios de salud, especialmente en la consulta externa especializada, servicios especializados de diagnóstico, cirugías y tratamientos especializados, como los de radioterapia y otros.
- Fortalecer las políticas de modernización de los servicios de salud y de inversión en tecnologías de punta, como la adquisición, instalación, capacitación de personal y puesta en operación y control de aceleradores lineales, equipos de resonancia magnética y otros igualmente modernos, con el fin de mejorar la calidad de los servicios.
- Darle prioridad a la inversión pública en salud, en relación con la compra de servicios al sector privado, con los fines de mejorar la calidad de servicios; incrementar el bienestar y apoyo de la población a los servicios y reducir las fuentes de corrupción.
- Continuar con las políticas de desconcentración de los establecimientos de mayor complejidad, y ampliar las funciones de las Juntas de Salud.
- Darle gran apertura, transparencia y participación a la conducción política y gerenciamiento de la salud, incluyendo la programación, información, control y rendición de cuentas a distintos niveles, a fin de propiciar la aprobación y más amplia participación de la sociedad civil, así como el más efectivo desarrollo de los programas. Incluir la información periódica y sistemática de problemas, objetivos, metas, producción, cobertura, calidad, costos, inversiones, logros y oportunidades.
- Establecer un Sistema de Información Sectorial, regionalizado y automatizado, que de transparencia y favorezca la participación en los procesos político, gerencial, operativo y de control de la salud, a fin de mejorar su efectividad.
- Establecer, mantener y desarrollar un sistema de amplia cooperación y transparencia del sector salud con los informativos noticiosos, a fin de mantener e incrementar su interés por investigar, divulgar y debatir los principales problemas de salud y sus posibles soluciones, así como para mejorar su participación en la educación para la salud con miras a desarrollar comportamientos saludables. Lo anterior tomando en cuenta su rol en la formación de la opinión pública y en el desarrollo de actitudes positivas por parte de la población.
- Incrementar las relaciones con los Gobiernos Locales, con las ONGs y con otras organizaciones con creciente participación, a fin de desarrollar una amplia estructura multisectorial capaz de actuar positivamente sobre los determinantes de la salud.
- Ampliar las funciones de participación comunitaria para la promoción de la salud, actualmente asignadas a los EBAIS, a todos los establecimientos de salud, con el fin de transformarlas en una verdadera estrategia del sector, con implicaciones intersectoriales, e involucrar en ella a los formadores de personal de salud, gremios de profesionales de la salud, académicos y otros.

- Aprovechar, fomentar y canalizar el genuino interés y participación de todos los agentes y sectores, entre los cuales se destacan actualmente: la prensa, los profesionales de la salud, los académicos, los establecimientos de formación en salud, los establecimientos de servicios de salud y sanitarios, la Defensoría de los Habitantes, la Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos (ARESEP), los establecimientos educativos, las organizaciones comunitarias, los gobiernos locales, las ONGs y las organizaciones de otros sectores.
- Mantener y fortalecer las relaciones de cooperación con la OPS/OMS, con otros Organismos Internacionales y con los gobiernos y organizaciones de otros países hermanos.

2. Promoción de la salud en Costa Rica

*María Antonieta López Gómez**

Desde 1986, la carta de Ottawa como declaratoria de la promoción de la salud, se ha convertido en un documento de referencia histórica muy especial para la salud de los pueblos, porque retoma un tema que se había quedado perdido en los procesos que han buscado la salud de las poblaciones, bajo la perspectiva de un paradigma biologista, que enfiló su interés hacia la enfermedad, su origen y a las formas de remediarla en las personas.

Con esta Carta, reaparece el tema de la promoción de la salud y se convierte en un componente ineludible en las políticas de salud que plantean los países, aún cuando su propuesta conceptual y operativa, no ha terminado de aclararse y concretarse, a pesar de tener aproximadamente quince años de haberse promulgado.

Lo importante es que esta propuesta se mantiene y se enfrenta, con la fortaleza del paradigma biologista establecido, cuyo análisis parte y regresa siempre a la enfermedad y el cual ha desarrollado más bien "sistemas de atención de la enfermedad" y no "sistemas de atención a la salud", cuya característica fundamental es el desarrollo de infraestructura y tecnología que permita la prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad.

La promoción de la salud se caracteriza por un enfoque más integral e integrador que busca, fundamentalmente, el bienestar humano. Con esto trae a la discusión el tema, desde una perspectiva que obliga a asumir una posición de orden político para procurar salud, considerando los factores que la determinan, así como los aspectos que se definen como requisitos de la salud. De esta manera, su abordaje se sitúa en un escenario que trasciende al sector salud y a las instituciones que lo conforman.

**Master en salud pública, Coordinadora del Programa de Promoción de la Salud, Medicina Preventiva, CCSS*

Los asuntos presentes en el discurso de la promoción de la salud, tienen relación con un enfoque epistemológico positivo de la misma; promoverla y mantenerla son los propósitos fundamentales y debe partirse de los factores que la determinan, de ofrecer condiciones que favorezcan la calidad de vida, así como de promover y asumir estilos de vida saludable. Todo esto, considerando las características y condiciones propias de las poblaciones con que se trabaja, así como el desarrollo de acciones estratégicas de educación, comunicación social y sin olvidar que la participación de la población, es un componente sin el cual "no se puede hablar ni hacer promoción de la salud".

Este discurso de la promoción de la salud integra diversas propuestas políticas, sociales y económicas que han sido planteadas en diferentes momentos de la historia de la humanidad, plasmadas en ideologías que han dejado huella y se fundamenta en una realidad que no ha sido posible cambiar y que sigue exponiendo, la iniquidad socio-económica en que se desenvuelve el ser humano, lo cual plantea de principio, dificultades importantes para su desarrollo.

Requiere de transformaciones que no pueden realizarse, solamente con hablar de promoción de la salud o con incluir su propuesta en los discursos oficiales; implica una forma diferente de ver la realidad y de llegarle a esta, no es tan simple como hablar solamente de estilos de vida saludable.

La promoción de la salud parte del efecto que se pueda lograr en los factores que condicionan a la salud de las personas, y define a la paz, a la educación, a la vivienda, a la alimentación, a la renta, a un ecosistema estable, a la justicia social y a la equidad como requisitos para tener salud. El asunto está en lograr cambios en estos requisitos, para afectar positivamente las condiciones en que viven las personas y establecer y mantener, condiciones saludables que mejoren su calidad de vida, lo cual se fundamenta en la propuesta de que la salud es un producto social.

Los factores condicionantes y los requisitos de la salud que se han mencionado, no son competencia directa y exclusiva del sector salud; este se ha encargado por muchos años y a un alto costo, de atender algunas consecuencias de esa iniquidad e injusticia en que se han desarrollado nuestros pueblos, alejados del logro del bienestar humano.

Un producto de esto es la enfermedad, la cual históricamente ha sido competencia del sector salud, dada la concepción biologista que lo ha caracterizado.

Hoy la propuesta que hace la promoción de la salud, es cambiar de escenario, trascender las instancias que atienden la enfermedad y actuar allá, donde los hospitales, clínicas, áreas de salud y los EBAIS (Equipos Básicos de Atención Integral) tal y como se han concebido, tienen muy poco que hacer; allá donde la responsabilidad es de la definición y cumplimiento de una política social y económica más equitativa. Para lograr esto, se apela a la intersectorialidad, a la transdisciplinariedad, al desarrollo de procesos de educación y comunicación social, al reforzamiento de la acción comunitaria y al desarrollo de procesos de participación social que permitan la creación de espacios para unir todas esas fuerzas en la búsqueda de respuestas comunes.

El propósito es hacer esfuerzos por una distribución más equitativa de los recursos y alcanzar condiciones de vida que permitan a la población, entre otras cosas, contar con agua potable domiciliar, una vivienda digna y segura, alimentación saludable y accesible, educación que vaya más allá de aprender a leer y escribir, de manera que las personas puedan tener oportunidad de trabajo, que les de un ingreso justo; en fin este debe ser un esfuerzo verdaderamente integrado e integral.

Considerando que este es un proceso que da sus primeros pasos, pueden identificarse dos caminos para lograrlo. El primero, es considerar a la promoción de la salud como una responsabilidad de todos y se relaciona con proveer de mejores condiciones de vida a las personas; el segundo, la considera como una responsabilidad del sector salud y se orienta, principalmente, a la promoción de estilos de vida saludable.

La promoción de la salud -una responsabilidad de todos

En Costa Rica existen muchas condiciones que permiten el avance de la propuesta de promover salud en la población y tienen que ver con niveles de educación, con acceso a agua potable, con garantías sociales, con acceso universal a los servicios de salud, entre otras. Sin embargo, falta todavía hacer esfuerzos que permitan y aseguren la consolidación de esta propuesta, pues persisten sectores de la población aún muy desposeídos.

Desde la perspectiva de que la promoción de la salud es una responsabilidad de todos, se considera importante el análisis de algunos procesos a los que se les deben revisar y readecuar sus condiciones, con el propósito de facilitar la realización de acciones dirigidas a promover salud.

Vista así, la promoción de la salud es un compromiso que asume el gobierno y requiere de políticas nacionales que permitan su desarrollo, así como de acciones conjuntas interinstitucionales e intersectoriales y básicamente, encausar el esfuerzo al logro de mejores condiciones de vida.

Costa Rica en el Plan Nacional de Salud 1999-2004, define a la promoción de la salud como una de sus áreas de acción, la ubica en el ámbito denominado "mejoramiento de las condiciones de vida" y la entiende como "las acciones grupales que la sociedad civil y las instituciones del Estado llevan a cabo en forma integrada con un enfoque de género y de derechos humanos, para desarrollar procesos que actúen sobre los factores determinantes de la salud, con la finalidad de que la población ejerza un mayor control sobre esta y la mejore."

Fortalecimiento real de los niveles locales:

En este análisis se entiende por nivel local, el área geográfica y poblacional que conforma a una municipalidad, reconociendo su responsabilidad en el desarrollo integral de las comunidades que la conforman.

En Costa Rica ha habido avances significativos en la organización y fortalecimiento de las municipalidades, pero aún no es suficiente y el país en este sentido enfrenta importantes

desigualdades que afectan el proceso, que van desde la asignación presupuestaria, hasta la capacidad de gestión de estas instancias.

El papel del gobierno local es el mismo en todos los lugares, y tiene una territorialidad que lo identifica y caracteriza, con actores sociales, institucionales y comunales, que les permiten organizarse para la realización de acciones conjuntas a favor del desarrollo local.

El Código Municipal (1998) en su artículo 5, asigna a la municipalidad la responsabilidad de desarrollar la participación activa, consciente y democrática del pueblo en la toma de decisiones del gobierno local.

Ese fortalecimiento y consolidación del municipio, es determinante para crear el espacio básico de acción común a que se refiere reiteradamente, el discurso de la promoción de la salud, sin el cual es aún más difícil su desarrollo.

Como parte de este escenario local, todos los sectores de desarrollo, incluido el sector salud, deben sumarse al esfuerzo y facilitar las condiciones para el trabajo conjunto.

En este país, los sectores de desarrollo están claramente definidos, tienen responsabilidades propias y la mayoría de las veces son complementarias con las de otro y otros sectores, y al unirse pueden potenciar de manera significativa, su capacidad de respuesta. Sin embargo, se carece de una propuesta de trabajo conjunta, no por falta de iniciativas en este sentido, sino más bien por el fracaso de las que han existido, dando como resultado un abordaje parcializado y la búsqueda independiente de lograr, la mayoría de las veces, los mismos objetivos.

La evolución de los procesos de desconcentración es insuficiente y todavía, la toma de decisiones sobre la asignación de recursos, no es responsabilidad exclusiva del nivel local; en las instituciones del estado principalmente, se sigue siendo dependiente de las decisiones y procesos de los niveles centrales. En el sector salud, por ejemplo, prevalece la dependencia hacia el nivel central, lo cual limita su "empoderamiento" y su capacidad de respuesta.

Es preciso poner en práctica el concepto de intersectorialidad y lo que este implica, desde el punto de vista de la movilización social y creación de procesos de participación social, que permitan el análisis de la realidad local propia, así como la definición y ejecución de acciones que realmente busquen los cambios que se necesitan.

En esto el país ha logrado muy poco, lo cual no permite hablar de procesos que promuevan, integralmente, la salud en los niveles locales. Se requiere respuestas conjuntas, integrales e integradas que respondan a las necesidades y características propias de cada localidad.

Fortalecimiento de la acción comunitaria:

La participación efectiva y concreta de la población en los procesos de planificación local es la propuesta clara que hace la promoción de la salud. En este aspecto hay algunos logros en el país, pero queda mucho por hacer.

El primer paso en esto es la superación de la forma tradicional que tiene la población costarricense de participar, debe transformarse de una población pasiva, utilizada y utilitaria, a

una población proactiva, autónoma, independiente, consciente de sus derechos y deberes, clara de los intereses que la mueven, ejerciendo una verdadera participación ciudadana.

Personas informadas, críticas y conocedoras de su realidad, de sus deberes, de sus derechos, de sus posibilidades reales, dispuestas a participar activamente en la defensa de sus intereses, individual y colectivamente, es lo que se requiere para hacer promoción de la salud.

La forma tradicional de participar que tienen los costarricenses, propia de una democracia representativa, no es funcional en esta propuesta; se requiere ahora, de una población con el poder real que da el manejo de información y el conocimiento, que le permita participar activamente en las decisiones que favorezcan los cambios en su comunidad y en sus condiciones de vida.

Las alianzas estratégicas entre las instituciones del Estado, empresa privada, organizaciones no gubernamentales, municipalidad y grupos organizados, entre otros, es una habilidad que debe explotarse en estos procesos.

Costa Rica se ha dado por satisfecha con los muchos grupos organizados que existen en las comunidades, creados para apoyar, principalmente, objetivos e intereses institucionales, para lo cual no ha sido necesaria la participación autónoma de esos grupos; al contrario, esa dependencia estrecha con las instituciones que los ha caracterizado, es lo que ha hecho efectiva "su participación". Ejemplos hay muchos: Comités de salud, de nutrición, de deportes, juntas de salud, asociaciones de desarrollo comunal, patronatos escolares, juntas de educación, grupos que desde esa perspectiva han cumplido y algunos siguen cumpliendo, una importante función que también ha dejado logros muy valiosos en las comunidades.

El fortalecimiento de la participación ciudadana en su sentido estricto, es también, responsabilidad de todos. Del Estado, al crear instancias y espacios que la permitan y faciliten, y de la población, asumiendo la responsabilidad ciudadana que le corresponde, pues como se dijo anteriormente, "sin la participación de la población, no se puede hablar ni hacer promoción de la salud".

La promoción de la salud -una responsabilidad del sector salud

Desde el momento en que el país toma como suya la propuesta de promoción de la salud, plasmada en la Carta de Ottawa, se le asigna esa responsabilidad al sector salud; más específicamente, al Ministerio de Salud y a la Caja Costarricense de Seguro Social. Esto se debe a que se da énfasis a la promoción de estilos de vida saludable y a las acciones que se pueden realizar desde los servicios de atención.

Obviamente, ante el discurso planteado, este escenario del sector salud, restringe el potencial de esta propuesta. En primer lugar lo integran solamente dos actores como se indicó, responden a un paradigma biologista, cuyas respuestas están orientadas a la atención de la enfermedad. En segundo lugar, por las dimensiones que conlleva la propuesta de promoción de la salud y por las limitaciones reales que existen para llevarla a cabo, resulta más factible al sector salud, realizarla desde sus posibilidades, razón por la que restringe su accionar hacia la promoción de estilos de vida saludable.

De esta manera, el país ha planteado algunas políticas que han permitido el desarrollo de acciones y proyectos de promoción de la salud, orientados principalmente, a fomentar estilos de vida saludable y algunas veces más orientadas a la prevención de enfermedades.

Se habla de escuelas promotoras de salud, del programa nacional de lactancia materna, del proyecto de salud sexual y reproductiva en adolescentes, de los proyectos espacios libres del humo de cigarrillo, Costa Rica da vida al corazón y muévete Costa Rica, del proyecto demostrativo CARMEN en Cartago y del planteamiento y desarrollo de planes locales de promoción de la salud en las áreas de salud, dirigidos en su mayor parte también, al fomento de estilos de vida saludable.

Existe además, el proyecto de cantones ecológicos y saludables, que algunas veces trasciende lo de estilos de vida saludable y se aboca a proyectos que tienen que ver con mejorar las condiciones del medio ambiente.

Desde el Ministerio de Salud

Las funciones rectoras le señalan al Ministerio de Salud, que su intervención en promoción de la salud, debe orientarse hacia la promoción de investigaciones que respalden el quehacer; hacia la promoción y definición de políticas que permitan el desarrollo satisfactorio de esta iniciativa en el país; así como a la conducción y control de procesos que promuevan la salud en la población y en las comunidades.

Como ente rector, ha asumido la responsabilidad de establecer las políticas nacionales sobre promoción de la salud. Respecto a esto, el Plan Nacional de Salud 1999-2004, se refiere a dos grandes políticas: una plantea que la salud es un producto social y toma a la promoción de la salud como su eje fundamental; y la otra, habla del desarrollo de la promoción de la salud en forma solidaria y concertada con los diferentes actores sociales y respondiendo a las prioridades que resulten en cada área de salud del país.

También en algunos momentos, ha confundido su competencia en lo que respecta a la promoción de la salud, ya que se ha desempeñado en campos que desde la perspectiva rectora no le corresponden, asumiendo responsabilidades operativas que son competencia de otros niveles y de otros actores.

Desde la Caja Costarricense de Seguro Social

Por su parte, la Caja Costarricense de Seguro Social, en su función de proveedor de servicios de salud y procurando una respuesta a la atención integral a la salud de las personas, ha asumido a la promoción de la salud como parte de su quehacer.

Desde 1999, la Caja se abocó a elaborar un plan institucional de promoción de la salud, que fue aprobado y oficializado por la junta directiva de la institución.

El mismo plantea como aspectos relevantes, el fortalecimiento de la gestión organizacional y de la capacidad resolutiva institucional en lo que a promoción de la salud correspon-

de; mejoramiento de la capacidad técnica para realizar acciones, así como la sensibilización y comprensión acerca de la relación entre los factores determinantes de la salud y la promoción de la salud; generación de estrategias que permitan el empoderamiento de los individuos y de las comunidades para cambiar hábitos y estilos de vida saludable; así como el establecimiento de redes de apoyo a favor de la promoción de la salud.

Este plan institucional en su momento fue una respuesta muy útil, pero ya se hace necesario revisarlo y actualizarlo, ya que algunas condiciones han cambiado en el país y en la institución, esto permitirá sin duda, el logro de una mejor propuesta.

Para el año 2002, la Caja incorpora en los "compromisos de gestión" para todas las áreas de salud del país, la obligación de elaborar y desarrollar un plan bianual de promoción de la salud con participación social, que debía ser formulado en el primer semestre del año 2002 y ejecutado a partir del segundo semestre y durante todo el año 2003.

Lo anterior, ofrece una dimensión diferente al compromiso que la institución asume con la promoción de la salud, promoviendo respuestas locales propias y facilitando el desarrollo de un proceso de asesoría y capacitación intenso, como apoyo para la elaboración de planes locales, al personal interdisciplinario de las áreas de salud.

Conclusión

La propuesta oficial de promocionar salud, plantea conceptos y estrategias que comprometen a los gobiernos en el logro de mejores condiciones de vida de sus poblaciones. Es una nueva forma de plantear la necesidad de cambiar muchas condiciones y decisiones en los países, tanto en la concepción como en el actuar de sus gobernantes y de sus habitantes.

Las condiciones ya establecidas, así como todos los esfuerzos que Costa Rica realiza, permiten obtener logros importantes pero limitados, ante la propuesta de fondo de promocionar salud. Son procesos que se plantean como inicio de un cambio que sin duda, llevará mucho tiempo y esfuerzo verlo concretarse.

El sector salud debe asumir un papel de mediador a favor de la salud, en aras de promover cambios en la problemática que enfrenta su quehacer. Debe trascender la reducida responsabilidad de proveer servicios clínicos de atención médica, para desarrollar mayor sensibilidad hacia todos los aspectos que desde un punto de vista holístico e integral, son parte de la salud de las personas y de las comunidades, constituyéndose en uno de los factores de mayor relevancia que el personal técnico y profesional debe afrontar.

3. Violencia social

*Dr. Guido Miranda Gutiérrez**

Los grandes cambios que han ocurrido en la humanidad tienen muchos escenarios para representar sus variables, pero sin duda alguna, la violencia de la sociedad es uno de los más espectaculares en su crecimiento, ocupando todas las formas para manifestarse.

Hace sólo 50 años, la sociedad de este país, tradicional por su estabilidad política y armonía en sus manifestaciones de interrelación, no tenía plena conciencia de lo que significaba la violencia en su medio. Con una población de 800 mil habitantes, tenía la característica del modelo demográfico tipo II, de alta natalidad y alta mortalidad en descenso. Con un ingreso per cápita de país pobre, se justificaban los indicadores numéricos para explicar como primera causa de muerte la "infección y parasitosis", seguida por las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos, tuberculosis y malaria. Su mortalidad infantil era de 90 x 1000 n.v y su expectativa de vida apenas sobrepasaba los 50 años. Su economía exportadora de café, banano, carne y tabaco, comenzaba a recuperarse al concluir la Segunda Guerra Mundial e iniciarse el comercio con Europa. Recién tomaba la sabia decisión de abolir cualquier forma de fuerza armada y su mayor conocimiento de la violencia, cuya tasa era de 4,7 por 10.000 habitantes, eran las reyertas bajo la influencia del alcohol y los accidentes, especialmente los ahogamientos y las caídas y los suicidios. Apenas se consignaba algún muerto por accidentes de tránsito. Dentro de su tasa total de mortalidad de 114 muertos por 10.000 habitantes, la violencia figuraba en los últimos lugares de las primeras diez causas

Al comenzar el siglo XXI, nuestra sociedad es completamente diferente. Su población llegó a los 4 millones y ha adoptado el modelo demográfico tipo III, con natalidad en descenso y mortalidad con tendencia a la estabilidad, entrando a la fase de envejecimiento acelerado, ya que su expectativa de vida alcanza un promedio de 77 años. Además se agrega el fenómeno de migración alta, ya que el 10% de sus habitantes han nacido fuera del país. Su ingreso per cápita ha pasado a ser el de un país de ingreso medio, y su gasto en salud excede el 9% del PBI, con un gasto per cápita de 240 dólares. Su mortalidad infantil oscila entre 10 y 11 niños muertos por mil nacidos vivos y su tasa total de mortalidad está estabilizada alrededor de 40 x 10.000 habitantes. La "infección y parasitosis" ha desaparecido entre las primeras diez causas de muerte, cediendo su primera prioridad a la enfermedad vascular, y la segunda a los tumores malignos.

Pero ahora, la violencia, en su crecimiento, ocupa la tercera causa de muerte, dándole al país la paradoja sanitaria de que los niños que salvó de que murieran de diarrea, o por infecciones, ahora se matan en una gran variedad de formas de violencia, especialmente en accidentes de tránsito, hasta el punto que los jóvenes muertos por violencia acumularon más

* *Ex presidente Ejecutivo CCSS*

años de vida perdidos que los pacientes muertos por enfermedades cancerosas, aunque numéricamente éstos sean el doble Estos muy significativos indicadores se refieren a la mortalidad por violencia, que es su extrema demostración, pero paralelamente se deben tener presentes todas aquellas formas de la misma actitud negativa dentro de la sociedad, que no produce muertos, pero que, de la misma forma, afecta el bienestar y la estabilidad de los individuos y su núcleo familiar. Por sus características, la violencia social se ha transformado en un creciente problema de salud pública.

Los grandes cambios ocurridos dentro de cada país, sumados en el escenario mundial muestran una población universal creciente, que lo continuará haciendo, al menos en la primera mitad del siglo XXI, independientemente que la mujer tenga a su disposición procedimientos extraordinariamente útiles para determinar el número y el momento oportuno del nacimiento de los hijos. La Organización Mundial de las Naciones Unidas anunció, al cerrar el siglo XX, que la población mundial llegaba a 6.000 millones de habitantes y que para dentro de 50 años, la población habrá crecido a 8.500 millones, con las implicaciones correspondientes sobre los cambios del medio, por la contaminación y el consumo de los recursos naturales. Ese crecimiento demográfico se dará en los países pobres y en aquellos en vías de desarrollo, porque los altamente desarrollados, tendrán poblaciones estáticas, sin crecimiento y en parte de ellos, la baja tasa de natalidad de su juventud no será suficiente para reponer la mortalidad, y su población de adultos decrecerá.

Estas poblaciones hace rato que fijaron sus patrones de morbimortalidad, en los que las enfermedades degenerativas, la insuficiencia circulatoria en todas sus formas clínicas de expresión y las neoplasias malignas, serán las encargadas de terminar con los días de la envejecida colectividad. Pero, tan importantes como las causas orgánicas serán los determinantes sociales para alterar la estabilidad comunal y crear todo un nuevo patrón de morbimortalidad, que ha contado en su comienzo con el empleo de los recursos técnicos, materiales y económicos, producto del desarrollo de la segunda mitad del siglo XX, en la que el progreso ha sido mayor que en cualquier otra época. Sin lugar a duda, el ser humano no estaba preparado para manejar adecuadamente la abundancia material y el enriquecimiento del desarrollo. La solidaridad entre los individuos, la búsqueda colectiva del bienestar, la equidad y el justo reparto logrado en muchas de las acciones productivas, han sido sustituidas por actitudes diferentes generadas por profundos cambios económicos en donde el acceso a los recursos materiales y el consumo acelerado de bienes se transforman en los objetivos primarios y su logro se hace a cualquier costo. La frustración, la insatisfacción, la tensión de todos los días, han pasado a ser los nuevos determinantes del comportamiento de la sociedad, y en muchos casos, la violencia es la traducción, en hechos, del estado mental del individuo en su universo.

Este cambio ha sido analizado en todos los países, que miran con preocupación como la violencia se transforma en un problema de Salud Pública. La emigración de la población rural en busca de mejores horizontes hacia la ciudad, crea poblaciones de miseria. Los niños que no murieron de sarampión o malaria, desnutrición o diarrea, se matan ahora en acci-

dentes de tránsito. La desintegración familiar hace víctimas a sus niños, con el abandono y el comercio sexual de sus adolescentes. El vandalismo de los barrios crea pandillas que mantienen guerras permanentes entre sí. La apropiación indebida, en todas sus formas, hace una víctima de la propiedad privada, o de los fondos públicos.

En noviembre de 1994, los ministros de salud de la región, por iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud, en Washington, efectuaron la reunión conocida por el nombre de Sociedad, Violencia y Salud, para declarar esta nueva forma de patología como la Pandemia Social del siglo XX. Para entonces se dijo que en el año 1993, en el continente americano, el número de muertos por violencia había llegado a 456.000 personas. Para entonces, Estados Unidos aportó 65 muertos y más de 6.000 heridos diarios por esta causa. Sin embargo, otros países ven aumentar sus cifras; sin duda, Colombia es la nación que en este momento muestra los mayores niveles de inseguridad para su población.

En las conclusiones de la reunión, se lee: "Las condiciones de hacinamiento, desnutrición, desempleo y deterioro de la familia que imponen la desigualdad y la pobreza, propician en gran medida el desarrollo de patrones de conducta agresivos para la resolución de conflictos familiares y comunitarios. Las frustraciones derivadas de la lucha por la supervivencia en situaciones de iniquidad y marginalidad, constituyen factores facilitadores de comportamientos agresivos. Por otra parte, el mantenimiento de estas condiciones de asimetría implica el ejercicio de la violencia. Frente al debilitamiento del aparato de justicia y control legal y ante la persistencia de esas condiciones sociales, pueden generarse o reforzarse culturas de violencia que legitiman la fuerza como medio para resolver frustraciones, desavenencias y conflictos".

En las últimas décadas, la hegemonía de los vehículos para la movilización de las personas ha venido a darle un carácter especial a esta forma de muerte por causas externas, con el enorme aumento de los accidentes de tránsito, en donde inicialmente fueron los automóviles y autobuses y ahora aparecen los vehículos de transporte individual, como las motocicletas y bicicletas. Paralelamente, ocurre otro fenómeno de gran importancia, como es la presencia de alcohol en las víctimas de los accidentes, en dosis suficientes para establecer un estado de intoxicación aguda, que se determina en el momento de la autopsia, aunque haya transcurrido ya un tiempo que pudiera significar su disminución en los niveles sanguíneos. En los últimos años, se ha empezado a determinar, también, la presencia de otros tóxicos de uso prohibido en los líquidos orgánicos.

El desarrollo jurídico del país estableció, hace ya varias décadas, la necesidad de esclarecer las causas que pueden haber significado un acto externo que resultare en la causa de la muerte de cualquier ciudadano. Para darle contenido a su principio, estableció la necesidad de la autopsia médico legal para aclarar estas condiciones como un instrumento de la organización de justicia. Se dictó el Decreto No. 17461-S, de marzo de 1987, que contiene el "Reglamento de la Autopsia Hospitalaria y Médico legal". Se le confirió la responsabilidad de su ejecución al Departamento de Medicina Legal del Organismo de Investigación del Poder Judicial, que ejecuta los procedimientos necroscópicos mediante la Sección de Patología

Forense. En archivos de excelente calidad y con la colaboración del Dr. Luis del Valle, Jefe de la Sección de Patología Forense, hemos podido recopilar los datos de autopsia de los fallecidos que reciben el diagnóstico final de muerte violenta, en sus diferentes modalidades.

El material nos permite hacer comparación entre las cifras absolutas y las tasas por diez mil habitantes de los fallecidos por muerte violenta, homicidio, suicidio y toda clase de accidentes, entre el trienio 1983-85,, que registró un total de 2.097 decesos, con tasa total de 2.8. Con un lapso intermedio de 15 años, en el trienio 1998-2000, se registró un total de 4.550 muertos por violencia, que representan una tasa total de 3.93. El incremento representa mucho más que una duplicación de los fallecidos.

Al analizar la razón por género, siempre los varones muertos mantienen la relación de 6 por cada mujer, pero hay un aumento significativo en las tasas de ambos grupos.

También cada una de las formas de muerte violenta aumentó su frecuencia. En el trienio 1983-85, hubo 311 homicidios, con una tasa de 0,41; los suicidios alcanzaron a 318 casos, con tasa de 0,42 y los muertos por todas formas de accidentes llegaron a 1.468 casos, con tasas de 1,92. En el trienio 1998-2000, los muertos por homicidio fueron 703 casos, tasa de 0,63; los casos de suicidio llegaron a 730 decesos, con tasa de 0,63 y los muertos por todas formas de accidentes alcanzaron a 3.117 muertos, con tasa de 2.69.

En el trienio 1998-2000, los muertos por accidentes de tránsito fueron 1909, 1551 varones y 358 mujeres, para una tasa total de 1.65. Representaron los muertos por accidentes de tránsito el 61% de todos los fallecidos por todo tipo de accidente y el 42% de cualquier forma de muerte violenta. La segunda causa de muerte por accidente sigue siendo la asfixia por sumersión, en playas y ríos.

Con relación a la edad, continúa existiendo una pandemia de muertos jóvenes: la mayor parte de ellos está entre los 15 y los 45 años, aunque la tendencia en los accidentes hace figurar todas las edades. En este último trienio, las mujeres perdieron 31.100 años de vida y los varones sacrificaron 141.000 años, para un total, al menos, de 172.000 años de vida perdidos.

El procedimiento de autopsia médico legal se complementa con la determinación de alcohol en la sangre del occiso; se encontró que los niveles de un trienio a otro no han variado sensiblemente y que un tercio de los muertos por homicidio o suicidio, están en estado de embriaguez cuando fallecen. En cambio, los fallecidos por accidentes de tránsito han aumentado su frecuencia de estado de intoxicación por alcohol, ya que en el trienio actual llegan a 38% de los fallecidos intoxicados, en comparación con 30% que mostró el trienio anterior. O sea, el uso de alcohol por los conductores y pasajeros de los vehículos accidentados fue mayor. Aparece ahora, también, un nuevo grupo de fallecidos por accidentes de tránsito, constituido por los motociclistas y ciclistas, ya que los primeros fueron el 13% del total de los fallecidos y los ciclistas el 3%. También mostraron la misma incidencia en el uso de alcohol. Es de anotar que, en los muertos por asfixia de sumersión en este trienio, su incidencia bajó, de la anterior de 40%, a 17%.

La investigación se amplió ahora a la determinación de residuos de las llamadas drogas de abuso, como la cocaína y la marihuana. Del total de los fallecidos, hubo restos de cocaína en 31 víctimas de homicidio, en 14 suicidas, en 6 fallecidos por accidente de tránsito y en 3 ahogados en las playas.

Al precisar el sitio de la muerte para establecer una localización geográfica, la provincia de Limón mostró los más altos índices en muerte por homicidio y suicidio; los menores se registraron en Heredia y Cartago. En lo a que a accidentes se refiere, la provincia de Puntarenas mostró ser la de mayor ocurrencia de accidentes, en toda sus formas. La presencia de las playas y el transporte hacia ellas crean las condiciones adecuadas para su siniestralidad. La de menor riesgo fue la provincia de Cartago.

Los datos anotados antes se refieren a las características de la mortalidad por violencia, que obviamente, es la expresión extrema de la situación. Pero esta condición es mucho menos frecuente de lo que ocurre en la vida diaria y que hace su escenario especialmente en el ambiente familiar. La agresión física a las personas, especialmente a aquellas que tienen menor capacidad de defenderse-mujeres y niños, o ancianos- se puede medir, al menos en alguna proporción, por el número de denuncias que se presentan en las oficinas del Poder Judicial en todo el país.

De los anuarios Estadísticos del Poder Judicial se han extraído estas cifras:

Casos registrados de violencia doméstica en las oficinas del Poder Judicial, por provincia, 1997-2001

Provincia	1997	%	1998	%	1999	%	2000	%	2001	%
San José	5304	34.6	6873	32.7	9053	34.2	12194	37.4	17966	40.9
Alajuela	2742	17.9	3800	18.1	4784	18.1	5552	17.0	7397	16.8
Cartago	1930	12.6	2470	11.8	2911	11.0	3309	10.1	3645	8.3
Heredia	1480	9.7	2268	10.8	2769	10.5	3094	9.5	4195	9.5
Guanacaste	988	6.4	1404	6.7	1666	6.3	2113	6.5	2953	6.7
Puntarenas	1485	9.7	1980	9.4	2579	9.8	3248	10.0	4123	9.4
Limón	1407	9.2	2201	10.5	2675	10.1	3133	9.6	3650	8.3
Total	**15336**	**100**	**20996**	**100**	**26437**	**100**	**32643**	**100**	**43929**	**100**

Movimientos judiciales por violencia doméstica, 1997-2001

Estado	1997	1998	1999	2000	2001
Entrados	15.336	20.996	26.437	32.643	43.929
Trámite	4.839	6.421	7.886	9.756	11.600
Terminados	7.339	19.514	25.023	30.852	42.258
Levanta med	3.274	9.187	12.464	13.212	15.993
Mantiene med	1.433	4.150	5.958	8.982	13.554
Arreglo	573	1.446	1.588	393	180
Incompetencia	113	254	211	585	2.659
Archivo	679	2.057	2.263	4.465	5.916
Otros	1.267	2.420	2.539	3.215	3.956

Sin lugar a dudas, las condiciones de convivencia que se están desarrollando en todos los países implican un componente de violencia en todas sus formas, que tiene franca tendencia al aumento progresivo en su incidencia y consecuencias, medidas desde el punto de vista de las relaciones sociales y de la propia seguridad del individuo.

En nuestro país, violencia constituye ya un problema de salud pública, por su magnitud y sus consecuencias. La mortalidad progresiva, el número de años de vida perdidos al afectar prioritariamente a la población joven, los daños y pérdidas personales, familiares, laborales y de la economía, tienen perfiles de alto riesgo. La clara evidencia de insatisfacción en las relaciones diarias de los individuos y sus núcleos familiares y comunitarios, obliga a buscar, a muy corto plazo, mecanismos de abordaje del problema para atacar sus causas y disminuir los daños causados.

4. El posicionamiento de la violencia intrafamiliar* como un problema de salud pública

*Teresita Ramellini Centella***

La violencia intrafamiliar es un problema grave y complejo cuya detección, atención y prevención, así como la transformación de los patrones socioculturales que la han originado y la perpetúan constituyen hoy una de las prioridades en los planes y programas de protección y fortalecimiento de los derechos humanos a nivel mundial.

El impacto de la violencia intrafamiliar sobre la calidad de vida de las personas es profundo y comprende no solamente el daño físico, sino también el emocional. Es difícil estimar

**Se utilizará el concepto de violencia intrafamiliar para referir todas las acciones u omisiones cometidas por un miembro de la familia contra otro u otros miembros, que atentan contra la integridad física, emocional, sexual o patrimonial y que les limita el desarrollo de sus capacidades y potencialidades y el ejercicio pleno de sus derechos como seres humanos (Plan Nacional para la Prevención y la Atención de la Violencia Intrafamiliar - PLANOVI - Costa Rica, 1995).*

***Especialista en violencia intrafamiliar y Directora de la Maestría de Estudios de Género de CIEM/UCR*

con precisión los costos personales y sociales de la violencia, pero el impacto negativo sobre calidad de vida se hace evidente a través de las adicciones, los suicidios e intentos de suicidios, los frecuentes internamientos en unidades psiquiátricas, las enfermedades recurrentes, las dificultades en el desempeño académico y laboral, la falta de satisfacción personal, entre otros.

La tarea de visibilizar y concientizar a la población, y particularmente a algunos sectores institucionales, acerca de la magnitud del problema de la violencia ha sido larga y difícil porque admitir que la violencia existe, que se extiende más allá de los comportamientos violentos, que incluye valores, creencias y actitudes aprendidos que se transmiten de generación en generación, y ocurre en todos los niveles económicos, sociales y educativos, en los

diversos grupos raciales y/o étnicos, religiosos o políticos, es enfrentar toda una historia y estructura de desigualdad, discriminación y opresión.

Es fundamental destacar que aunque el concepto de violencia intrafamiliar hace referencia a los diversos tipos de violencia que ocurren dentro de las familias, donde en teoría todas las personas pueden resultar afectadas, las víctimas en su mayoría son mujeres, niñas, niños, adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad; y los agresores en su mayoría son hombres adultos. Esta realidad ha sido difícil de aceptar y, por ende, se ha hecho también difícil el diseño de planes, programas y acciones que dieran respuesta a esta situación.

Los inicios del proceso

Fue el movimiento de mujeres a nivel mundial, y particularmente el movimiento feminista, el que inició en la segunda mitad del siglo XX la visibilización del problema de la violencia y lo conceptualizó como un desbalance de poder entre los géneros.[1] En Costa Rica los primeros acercamientos al problema de la violencia, específicamente contra las mujeres, se dieron a finales de la década de 1970, por parte del Movimiento de Liberación de la Mujer (MLM), organización que a inicios de los noventa se constituye en el Centro Feminista de Información y Acción (CEFEMINA). La sociedad civil (especialmente los grupos de mujeres) desempeñó y sigue desempeñando un papel fundamental en el trabajo contra la violencia intrafamiliar. Para ello históricamente han desarrollado diversas estrategias que abarcan desde el apoyo directo a mujeres, niñas y niños maltratados hasta la presentación de proyectos de ley para enfrentar diversas situaciones de violencia contra las mujeres en diferentes ámbitos.

Las primeras respuestas sociales a nivel institucional frente a la violencia intrafamiliar en Costa Rica se organizan desde los establecimientos hospitalarios, específicamente en torno a la problemática de niños y niñas agredidos. En ello juega un papel protagonista el Hospital Nacional de Niños cuando en 1979 establece el primer Comité del Niño Agredido confor-

1 Carcedo, Ana y Giselle Molina. (2001). Mujeres contra la violencia. Una rebelión radical. CEFEMINA. San José, Costa Rica.

mado por un equipo interdisciplinario. A partir de sus experiencias se promueven campañas nacionales contra la violencia hacia niños y niñas. Sin embargo, en los inicios no se contemplaba el problema de la violencia intrafamiliar en toda su complejidad y la respuesta quedaba limitada a una visión principalmente institucional.

A comienzos de la década de los años noventa la alta incidencia y prevalencia de la violencia intrafamiliar empezó a ser visibilizada en Costa Rica, principalmente por las organizaciones de mujeres y algunas organizaciones no gubernamentales que estaban trabajando con las víctimas, que eran mayoritariamente mujeres, niñas, niños y adolescentes. En este sentido destacan el Programa "Mujer No Estás Sola" de CEFEMINA (grupos de autoayuda con mujeres maltratadas); la Alianza de Mujeres Costarricenses (programa de apoyo legal y psicológico para mujeres); la Fundación PANIAMOR (programas de prevención del maltrato y el abuso sexual dirigidos a niños, niñas y adolescentes); la Fundación Ser y Crecer (atención especializada para víctimas y sobrevivientes de violencia sexual); la Fundación PROCAL (programas de capacitación y prevención y albergue temporal a mujeres adolescentes embarazadas producto de abuso sexual); y la Colectiva Feminista Pancha Carrasco (programa de fortalecimiento de los derechos para mujeres adultas y jóvenes).

El apoyo del marco normativo

El avance en el marco normativo internacional y nacional ha apoyado la creación y consolidación de planes y programas para enfrentar la violencia. La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (ratificada por Costa Rica en 1984) reconoce la exclusión y las restricciones que han sufrido las mujeres por razón de su sexo y pide a los Estados la promulgación de leyes que prohíban la discriminación, recomienda medidas especiales temporales para acelerar la igualdad de hecho entre mujeres y hombres y disposiciones para modificar los patrones socioculturales que perpetúan la discriminación.

La Convención de los Derechos del Niño (ratificada en Costa Rica en 1990) establece que los Estados tienen la obligación de tomar las medidas necesarias para proteger a niños, niñas y adolescentes de toda forma de discriminación.

En la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos (Viena, 1993) se reconoce expresamente que la violencia contra las mujeres constituye una violación de los derechos humanos. A partir de esta declaración, los esfuerzos en el país se concentraron en lograr que la violencia contra las mujeres y la violencia intrafamiliar fueran reconocidas como violaciones de los derechos humanos básicos que atentan contra la integridad de muchas mujeres, niñas, niños, adolescentes, personas mayores, personas con discapacidad y, por lo tanto, como un problema de responsabilidad pública.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará) ratificada por Costa Rica en 1995, reconoce que la violencia contra las mujeres constituye una violación de los derechos humanos. Se exige el

respeto irrestricto de todos los derechos de las mujeres como condición indispensable para su desarrollo individual y social, y la plena participación en todas las esferas de la vida.

La aprobación sin reservas de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing (1995) plasma el compromiso del Estado costarricense de promover la igualdad, el desarrollo y la paz, así como de aplicar la Plataforma de modo que la perspectiva de género se incluya en todas las políticas y programas nacionales e internacionales.

En el marco de los distintos compromisos internacionales, el Estado costarricense ha tomado medidas que incluyen la revisión y promulgación de legislación, que intenta ampliar el conjunto de derechos de las personas de todas las edades y condiciones y por tanto a mejorar su situación y posición en la sociedad. En esta dirección se identifica la creación del Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia (CMF, 1986); la creación de la Delegación de la Mujer (1990), la Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer (1990), la creación de la Defensoría de la Mujer en la Defensoría de los Habitantes (1993), la Ley contra el Hostigamiento Sexual en el Empleo y la Docencia (1995), la Ley contra la Violencia Doméstica (1996), el Código de la Niñez y la Adolescencia (1997), la Ley Orgánica del Patronato Nacional de la Infancia (1997), la Ley General de Protección a la Madre Adolescente (1997), la creación del Instituto Nacional de las Mujeres (1998), el Reglamento sobre Salud Sexual y Reproductiva (1999), la Ley contra la Explotación Sexual Comercial de Personas Menores de Edad (1999) y la Ley de Paternidad Responsable (2001).

Las bases del plan

En 1994 las autoridades del sector salud declararon la violencia intrafamiliar una de las catorce prioridades en salud y conforme a los compromisos internacionales asumidos por el país, la violencia intrafamiliar fue considerada como un problema de salud pública y al Estado se le dio la responsabilidad de desarrollar acciones para hacerle frente. A partir de esta declaración de política sectorial, se convoca un grupo de expertas(os) para establecer un plan de atención integral a la violencia intrafamiliar para el sector salud que permitiera direccionar los esfuerzos locales existentes y extender con mayor facilidad el modelo a nivel nacional. Este plan representó el primer esfuerzo sectorial de conceptualización y sistematización de una propuesta para hacerle frente a la VIF desde las instituciones del Estado y contiene la formulación y negociación de políticas nacionales y de la atención integral a la violencia intrafamiliar.

Poco después, y luego de años de esfuerzos de personas, organizaciones de mujeres y no gubernamentales y de algunas instituciones gubernamentales, finalmente se logró formular de manera conjunta el Plan Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI) en 1995, como propuesta para la atención integral de esta problemá-

tica en la realidad costarricense. La meta fue diseñar una verdadera política pública en esta materia que cumpliera con cuatro requisitos fundamentales para ser considerada como tal:

- orientada a la equidad de género y al adelanto de las mujeres,
- con cobertura nacional,
- con compromisos de acción coordinados entre el conjunto de instituciones públicas involucradas,
- concertada y con participación del sector público, privado, no gubernamental y comunitario. [2]

Esta propuesta representó la continuidad de los esfuerzos que durante muchos años se habían venido desarrollando, se nutrió de esa experiencia y constituyó un salto cualitativo en el pensamiento colectivo y la forma de enfrentar la violencia en las familias. Los objetivos generales establecidos para el PLANOVI son:

1. Poner en funcionamiento un sistema de atención integral que permita la detección de la violencia intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar, la atención oportuna para detener las agresiones y brindar a la persona afectada la intervención que necesite para posibilitar su recuperación y la construcción de un nuevo proyecto de vida.

2. Promover acciones que incidan y busquen cambiar los patrones socioculturales que justifican y alientan las conductas violentas, para propiciar un estilo de relaciones humanas no violentas, basadas en el respeto a la individualidad y la diferencia. [3]

La experiencia indicaba que no era posible seguir visualizando la violencia intrafamiliar como un asunto de interés de un solo sector social, tradicionalmente el de administración de la justicia, pues ello no sólo negaba la complejidad del problema y de las demandas de la población afectada, sino que también tendía a introducir un peligroso sesgo reduccionista en su abordaje. También se concluyó que los esquemas de oficinas o programas centralizados, inscritos en un solo ministerio o dependencia, tendían al aislamiento y demostraron ser incapaces de atender el volumen y la complejidad de la demanda. Era necesario sacar el problema del ámbito privado, promover una acción social global, involucrar a la sociedad en su conjunto. Finalmente, se concluyó que las acciones del Estado para ser efectivas debían no sólo atender el daño, sino accionar en favor de la prevención de nuevas situaciones de violencia bajo un claro esquema de valoración de riesgos y acompañarse de estrategias de promoción y modelamiento de conductas alternativas. [4]

---

2 García, Ana Isabel, Enrique Gomáriz, Ana Hidalgo, Teresita Ramellini y Manuel Barahona. Sistemas públicos contra la violencia doméstica en América Latina. Un estudio regional comparado. Fundación Género y Sociedad/ Banco Interamericano de Desarrollo. San José, Costa Rica. 2000.

3 Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. Plan Nacional para la Prevención y la Atención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI). San José, Costa Rica, 1995.

4 Hidalgo, Ana. La atención y la prevención de la violencia intrafamiliar: la experiencia de Costa Rica. Ponencia presentada en el II Taller sobre Modelos en construcción contra la violencia intrafamiliar. OPS. Nicaragua, 1999.

El PLANOVI ha permitido visualizar importantes aciertos en el diseño y puesta en práctica de una política pública. En primer lugar, se plantearon objetivos generales y resultados esperados de su puesta en ejecución. Segundo, se consensuaron principios que guiaran las acciones en esta materia, tomando como base las implicaciones éticas del trabajo en violencia. Tercero, se estableció un marco de referencia operativo común para las instancias participantes. Cuarto, se definieron poblaciones meta diferenciadas con el fin de diseñar acciones específicas hacia cada una, según sus necesidades y particularidades. Quinto, se definieron los cinco niveles de intervención (prevención y promoción, detección, atención, acceso a recursos de apoyo y capacitación para las personas encargadas de poner en ejecución el plan).[5]

La consolidación de los procesos

En 1998 se logró avanzar hacia la sostenibilidad de la política pública para la atención y la prevención de la violencia intrafamiliar por medio de la constitución del Sistema Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar, creado por Decreto Ejecutivo N°26664 y cuya Secretaría Técnica está en manos del Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU). La meta propuesta es que la política pública en el ámbito de la violencia intrafamiliar fuera vinculante para las instituciones públicas que tenían la responsabilidad de aplicarla.

El Sistema se basa en la comprensión de que la violencia intrafamiliar requiere acciones tanto a nivel individual como colectivo, social y cultural, para impactar todas las situaciones que la legitiman y contribuyen a perpetuarla. El concepto de sistema alude también a la multiplicidad de actores sociales que obligatoriamente están llamados a actuar en este campo, a la interrelación e interdependencia de sus acciones y, por consiguiente, a la necesidad de coordinación.

Varios factores han sido fundamentales para posibilitar que el Sistema exista hoy día como una de las experiencias pioneras en la región en lo que respecta al abordaje integral de la violencia intrafamiliar, entre los cuales se puede señalar:

- existencia de un mecanismo nacional de promoción y adelanto de la mujer, reconocido y con respaldo legal;
- voluntad política para impulsar políticas y destinar recursos para la promoción de las mujeres;
- Reconocimiento de la violencia intrafamiliar como problema de salud pública y de responsabilidad del Estado;
- existencia de mecanismos e instancias eficaces, a nivel gubernamental y no gubernamental, para desarrollar los planes e iniciativas;

5 Tomado de García, Ana Isabel, Enrique Gomáriz, Ana Hidalgo, Teresita Ramellini y Manuel Barahona. Sistemas públicos contra la violencia doméstica en América Latina. Fundación Género y Sociedad/ Banco Interamericano de Desarrollo. San José, Costa Rica. 2000.

- capacidad de articulación del conjunto de instancias del Poder Ejecutivo y de coordinación efectiva con los otros dos poderes de la República: Legislativo y Judicial;
- capacidad técnica y profesional para el diseño de las políticas y planes;
- concertación de actividades entre el Estado y la sociedad civil;
- capacidad de información y divulgación de planes y acciones;
- respaldo legal para emprender acciones e identificar mecanismos para respaldar jurídicamente las nuevas iniciativas;
- apoyo externo multilateral para el desarrollo y ejecución de los planes y programas.[6]

Un recuento de los principales avances

Los principales avances en la atención y la prevención de la violencia intrafamiliar en el siglo XX en Costa Rica deben ser vistos tomando en consideración que implican procesos de largo plazo de transformación cultural, institucional y personal y pueden ser resumidos de la siguiente manera:

A nivel estructural:

- Creación del Instituto Nacional de las Mujeres como mecanismo nacional de promoción y adelanto de la mujer, gestor y rector de políticas públicas para la equidad de género.
- Inclusión en la Ley contra la Violencia Doméstica de la obligatoriedad del Estado de impulsar y ejecutar políticas públicas sobre violencia intrafamiliar.
- La institucionalización del sistema nacional para la atención y la prevención de la violencia intrafamiliar, mediante decreto ejecutivo.
- El desarrollo de una estructura especializada en las distintas instancias encargadas de velar por el cumplimiento y difusión de esas políticas.
- La institucionalización de políticas y normas de atención en las entidades participantes y su inclusión transversal en todos los programas y servicios.
- La sensibilización y capacitación con sentido estratégico, no sólo de prestatarios(as) de los servicios, sino de los mandos medios institucionales cuya permanencia y estabilidad laboral y en puestos de decisión es mayor.
- Una mayor sensibilización social sobre el problema de la violencia intrafamiliar y su posicionamiento en la agenda pública y política a través del desarrollo de campañas permanentes en los medios de comunicación.
- El fortalecimiento de la legislación y de los mecanismos de protección a las personas afectadas mediante la ratificación de la Convención Interamericana para Prevenir,

6 Hidalgo, Ana. Op. Cit.

Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer; la aprobación de la Ley contra la Violencia Doméstica, la Ley contra el Acoso Sexual en la Docencia y el Empleo y la Ley contra la Explotación Sexual de las Personas Menores de Edad y la Ley de Paternidad Responsable.
- Una mayor incidencia en los procesos de administración de justicia y la apertura de Juzgados Especializados en Violencia Doméstica en cada provincia.
- La promoción de iniciativas de investigación que contribuyan a la profundización y especialización del conocimiento sobre la violencia intrafamiliar. [7]

A nivel de la organización de los servicios de atención y los programas de prevención:

- La creación y fortalecimiento de servicios y programas para la orientación y atención integral de las personas afectadas por la violencia intrafamiliar. La existencia y fortalecimiento de estos servicios ha implicado reconocer la importancia de proporcionar una atención oportuna, eficaz y eficiente a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar.
- La declaratoria de obligatoriedad del registro de las situaciones de violencia intrafamiliar.
- La organización y fortalecimiento de redes locales interinstitucionales y comunitarias para la atención y prevención de la violencia intrafamiliar. En estos momentos a finales del 2002 se han organizado y están en funcionamiento 34 redes locales en diferentes puntos del país.
- La capacitación y orientación efectiva a sectores clave de la sociedad y publicación de material divulgativo y educativo.

Los principales retos identificados

Aunque se reconoce que el siglo XX ha sido un período particularmente importante en el proceso de visibilización de la violencia intrafamiliar y en el diseño y desarrollo de respuestas para erradicarla, aún quedan retos pendientes que se espera puedan cumplirse próximamente.

---

7 Memoria del Encuentro Internacional sobre Violencia Intrafamiliar. Organización de Estados Americanos. República Dominicana. 2000.

A nivel estratégico:

1. La sostenibilidad de los programas y proyectos. Es indispensable convertir los programas de atención y prevención de todas las formas de violencia de género en política de Estado que trascienda las diferentes administraciones políticas.
2. El monitoreo del avance en el cumplimiento de los compromisos internacionales adquiridos por Costa Rica con respecto a las políticas públicas dirigidas a eliminar la violencia intrafamiliar.
3. Creación y/o fortalecimiento de las instancias especializadas de ejecución y seguimiento del Sistema en todas las instituciones que participan, que cuenten con presupuesto y personal asignado.
4. La coordinación y colaboración efectiva y permanente entre instituciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil, con el fin de facilitar el desarrollo de las acciones, evitar las duplicaciones y llenar vacíos.
5. Fortalecimiento y ampliación de los procesos de sensibilización y capacitación en violencia intrafamiliar.
6. Fortalecimiento de la participación de las redes locales, de las organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil en la creación, desarrollo y monitoreo de programas y proyectos relacionados al problema de la violencia intrafamiliar.
7. Visibilización y demostración de los costos de la violencia intrafamiliar y los beneficios que implica para la sociedad invertir de manera eficiente y efectiva en su erradicación.
8. Realización de estudios de prevalencia a nivel nacional y local así como sobre el costo social y económico de la violencia intrafamiliar. Esto implica el mejoramiento de los sistemas de producción de estadísticas en las instituciones que atienden esta problemática, de manera que se pueda contar con información útil para la planificación de servicios y asignación de recursos, sin que se comprometa la seguridad de las personas afectadas y la confidencialidad de la información.
9. Diseño de mecanismos apropiados y permanentes para evaluar la eficacia y calidad de los servicios a la luz de las necesidades de las personas.

Los retos en lo referente a prevención:

1. Diseño de una política nacional de prevención de la violencia intrafamiliar y promoción del respeto por los derechos humanos y de formas no violentas de convivencia.
2. Consolidación de las comisiones para la prevención de la violencia en las instituciones cuyas responsabilidades están vinculadas a esta área.
3. Continuación de las campañas en los medios de comunicación como actividad sistemática de sensibilización y educación popular.

4. Fortalecimiento y ampliación de las redes comunitarias para la prevención de la violencia intrafamiliar y la promoción de los derechos humanos, para que incluyan no sólo ONG locales, sino también asociaciones de vecinos(as), de desarrollo, grupos juveniles, grupos religiosos, otros.

Los retos en cuanto a los programas y servicios de atención van dirigidos a:

1. Diseño de modelos de atención institucionales y locales propios y planes de acción de corto y mediano plazo en las diversas instituciones.
2. Creación o puesta en práctica (donde existan) de normas y procedimientos para la atención de personas afectadas por violencia.
3. Realización de estudios de la ruta crítica institucional propia para definir mejor el esquema de servicios que brindará cada institución en esta área.
4. Ampliación, especialización y descentralización de los servicios de atención para personas afectadas, particularmente los que se refieren a la población infantil y juvenil, de la tercera edad y con discapacidad, así como avances en la oferta de servicios para mujeres adultas maltratadas.
5. Ampliación de la cobertura de los espacios grupales de atención especializada para sobrevivientes de violencia física, sexual y psicológica, según género, edad, tipo de abuso y otras características pertinentes. Esto implica el fortalecimiento del componente de capacitación en abordajes grupales que permita una transformación en la cultura institucional tradicionalmente centrada en la atención individual.
6. Establecimiento de servicios de atención especializada para personas afectadas que atentan contra la integridad de otras personas, especialmente mujeres agredidas por sus parejas que a su vez maltratan a sus hijos o hijas.
7. Fortalecimiento y ampliación de los servicios de atención para niños y jóvenes con comportamiento abusivo.
8. Fortalecimiento de los servicios de atención para personas ofensoras adultas.
9. Organización de procesos de capacitación continua y espacios para la supervisión de casos y el autocuidado dirigidos a las personas encargadas de la atención.
10. El fortalecimiento de la coordinación interinstitucional que es la base del éxito de este modelo. Se debe continuar con el desarrollo de normas y procedimientos consensuados, donde se establezcan claramente las responsabilidades institucionales de los diversos actores y se perfilen mecanismos eficaces de referencia y contrarreferencia y, sobre todo, de mecanismos de control de calidad de los servicios desde la sociedad civil y desde otras instituciones.
11. La evaluación permanente de la calidad de las intervenciones y programas, así como el fortalecimiento de mecanismos apropiados para evaluar la eficacia y calidad de

los servicios a la luz de las necesidades de las personas. El concepto de rendición de cuentas debe ser incorporado y operacionalizado para garantizar mecanismos de expresión del sentir de las usuarias(os) en cuanto a los servicios y programas existentes.

Consideraciones finales

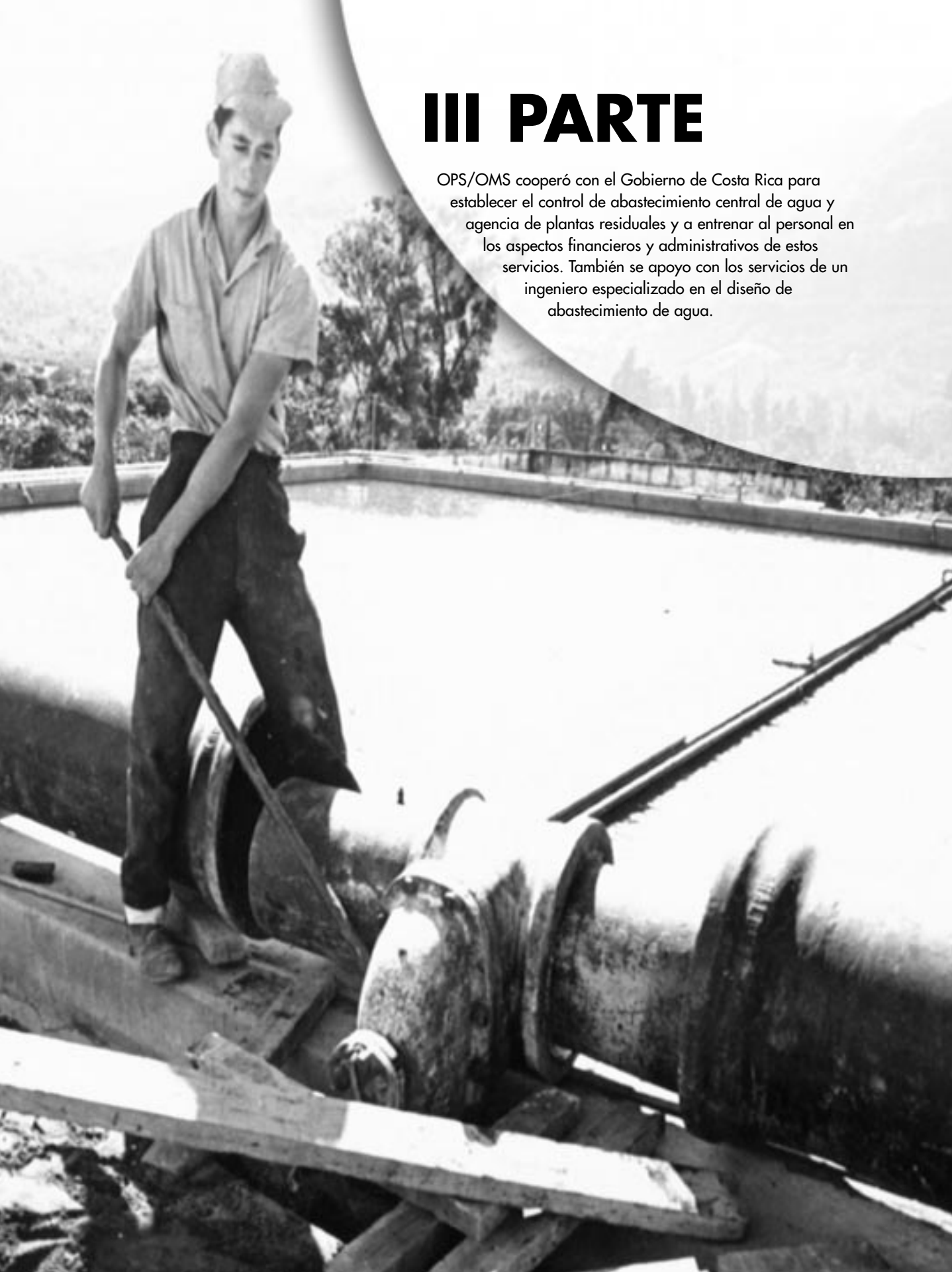
Es posible decir que se han logrado los resultados esperados de la puesta en ejecución del PLANOVI, 1995. [8]

1. Mayor sensibilización en los(as) funcionarios(as) estatales y público en general sobre la gravedad y extensión de la violencia intrafamiliar y sus consecuencias.
2. Facilidades para que las personas afectadas puedan denunciar su situación, recibir información y orientación oportunas.
3. Apoyo integral a las personas afectadas según sus necesidades específicas, que contribuya a romper el ciclo de la violencia, salir de la crisis e identificar opciones para la construcción de un nuevo proyecto de vida.
4. Incorporación de las necesidades particulares de las personas afectadas en los programas de las instituciones que desarrollan programas sociales, promoviendo acciones positivas y efectivas de apoyo a su proceso de recuperación.
5. Inclusión de la no violencia y de la educación para la paz como eje temático que permeé los contenidos de la enseñanza en la perspectiva de transformación a largo plazo de actitudes y comportamientos violentos y la adopción de un nuevo estilo de vida.
6. Capacitación y orientación efectiva a sectores claves de la sociedad, formadores(as) de opinión y de transmisión de modelos sociales (docentes, publicistas, trabajadores/as de los medios de comunicación social, otros) para que identifiquen y rechacen los mensajes violentos y, por el contrario, promuevan modelos dialógicos de comportamiento y tolerancia en las relaciones sociales.

Sin embargo, indudablemente el reto más importante para las personas que trabajamos en contra de la violencia es lograr el cambio cualitativo en los patrones socioculturales que erradiquen la violencia como forma de relación y permitan definir el espacio familiar como un verdadero espacio de convivencia democrática y de ejercicio y respeto pleno de los derechos humanos. Mientras existan personas agredidas la tarea no ha concluido, aunque hayamos logrado demostrar el gran costo que implica para miles de personas la violencia doméstica y el costo-beneficio que significa para la sociedad en su conjunto invertir en la atención de esta problemática de una manera eficiente y efectiva.

---

8 Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. Plan Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Costa Rica, 1995.



III PARTE

OPS/OMS cooperó con el Gobierno de Costa Rica para establecer el control de abastecimiento central de agua y agencia de plantas residuales y a entrenar al personal en los aspectos financieros y administrativos de estos servicios. También se apoyo con los servicios de un ingeniero especializado en el diseño de abastecimiento de agua.

Capítulo 11. Investigación en salud en Costa Rica

*Dr. Jorge Elizondo Cerdas**
*Dr. Jorge Elizondo Almeida***

La investigación en salud en Costa Rica comprende no solo la realizada en el campo netamente médico, sino también la desarrollada en otras disciplinas involucradas en el logro del completo bienestar físico, mental y social del ser humano. Como estas interacciones son múltiples, se pueden encontrar una gran multiplicidad de elementos interaccionando para el logro de la salud entendiendo este concepto con la misma conceptualización que hace el Dr. Ruy Perez Tamayo [1], que entiende por salud, la capacidad funcional normal de un individuo determinado en condiciones estándar, comparada con la eficiencia promedio de la especie. El mismo señala, que a esta definición le hace falta incluir la palabra "padecimiento", o sea, lo que siente y piensa el enfermo, un universo complejo de emoción, sufrimiento, miedos, esperanzas, incapacidad, molestias físicas, dolor, tragedia y claudicación, que caracteriza su papel de "enfermo", entre los demás actores de nuestra sociedad.

La investigación es un trabajo de equipo, a menudo multidisciplinario, que sigue normas estrictas metodológicas y de planificación, con claros objetivos a corto y más largo plazo, con revisión bibliográfica pertinente y completa del tema, debe tener además un adecuado financiamiento para su realización y saber que tiempo requiere para su conclusión, pudiendo, con la concepción de Szent-Cyorgy, ver lo que todo el mundo ha visto, pero lograr pensar en lo que nadie ha pensado.

11.1- Aspectos históricos

La historia del desarrollo del conocimiento en el campo de salud en Costa Rica es difícil de precisar, pero posiblemente al igual que en otras partes del mundo su inicio nace a través

** Médico Internista,Especialista en Hematología, Académico de Número de la Academia Nacional de Medicina de Costa Rica*
***Médico Especialista en Infectología, Master en Salud Pública y Epidemiología*

1 Perez-Tamayo R. Acerca de Minerva. La ciencia/40 desde México, 1995

de historias personales, similar a lo que algunos filósofos llaman "inducción". La investigación es a fin de cuentas, la creación de una historia o narración universal, producida desde pequeñas narraciones individuales o particulares. El método científico en otras palabras, logra convertir anécdotas de un tiempo y lugar específico, en enunciados permanentes que son verdaderos a nivel universal a través del tiempo.

Desde los primeros pobladores costarricenses, el desarrollo de cómo enfrentar problemas y enfermedades, llevó a investigar como solucionarlos. Algunas de estas soluciones, incluso aún tienen vigencia en nuestros días. A través de la prueba y el error, se encontraron plantas y sustancias minerales que hoy día continuamos utilizándolas y con el INBIO, (Instituto Nacional de Biodiversidad) el proceso de investigación de nuestra biodiversidad y su aplicabilidad en salud, ha tomado un auge y desarrollo sobresaliente.

La evidencia de tratar de mantener una salud pública adecuada la encontramos en algunos de nuestros asentamientos indígenas, como en Guayabo, donde los sistemas de drenaje garantizaban el suministro de agua potable y la adecuada eliminación de desechos.

La conquista y la llegada de españoles posiblemente trajeron nuevos problemas sanitarios y enfermedades que requirieron de investigación para enfrentarlos adecuadamente.

Diferencias étnicas, escasez de mano de obra indígena, abuso de poder y la introducción de la religión católica, son algunas de las variables que comenzaron a alterar el entorno costarricense y las manifestaciones de salud/enfermedad desde la conquista a la colonia.

La investigación en Salud en Costa Rica requirió que nuestros predecesores primero crearan las instituciones y las leyes que consolidaron la salud pública, tales como la inicial Subsecretaría de Salud Pública a cargo del Dr. Solón Núñez Frutos en tiempos de don Julio Acosta. La creación de la Ley del Ofidismo de 1926. La estructuración por ley de la Secretaria de Salud Pública en 1927, en donde se desarrolló el primer laboratorio de salud pública y se iniciaron las bases de las estadísticas vitales. Las leyes que crean en 1924 el Instituto Nacional de Seguros (INS), en 1941 la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), y en 1961 del Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados (INAA.), que tomó la responsabilidad de suministrar a la población agua potable. La modificación constitucional establece la Universalización del Seguro Social en 1961; en el segundo semestre de 1973 se promulga la Ley de Traspaso de los Hospitales del Ministerio de Salud y de la Junta de Protección Social a la Caja Costarricense de Seguro Social, que finalizó en 1984. En 1973 también se promulgó la Ley General de Salud y la Ley Orgánica del Ministerio de Salud.

Dentro de este marco de realizaciones, político administrativas, hay una primera etapa en la investigación en salud que está liderada por el Dr. Clodomiro Picado en el Laboratorio Clínico del Hospital San Juan de Dios, donde realizó múltiples investigaciones a partir de 1914, sobre anticuerpos. En relación al envejecimiento, logró practicar diversos enfoques inmunológicos, e hizo investigaciones en relación al bocio tiroideo, donde logro definir el papel fundamental de la carencia de yodo que dio origen a la yodisación de la sal en el país y a la mejoría en este aspecto de la salud del pueblo. También el Dr. Picado con las investiga-

ciones sobre las serpientes, marco la pauta que culminó con la obtención de sueros antiofídicos [2] y posteriormente con el establecimiento del Instituto Clodomiro Picado, que ha continuado realizando múltiples investigaciones en el campo del ofidismo.

La segunda etapa, la enmarca la constitución del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONICIT), impulsada por el Dr. Rodrigo Zeledón, que le ha proporcionado al país apoyo a programas diversos de investigación en salud y formación de investigadores. El Dr. Zeledón graduado de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de John Hopkins, se ha distinguido además por sus múltiples investigaciones sobre el Tripanosoma cruzi, el T. rangueli y la enfermedad de Chagas y en investigaciones colaborativas diversas, en las que se incluyen el proyecto Chagas Space, en colaboración con el Dr. Franklin Chang de la NASA, que pretende encontrar en plantas costarricenses un principio activo para el tratamiento de la enfermedad de Chagas.

Desde nuestros primeros Sukias, la construcción del conocimiento nos ha legado una herencia de información y esa disciplina necesaria para la búsqueda del nuevo conocimiento y el análisis de los determinantes de salud: nuestro ambiente, estilo de vida, variables psico-sociales, factores económicos y su interrelación con la herencia genética costarricense, enmarcando de esta forma, a los diversos actores sociales, sus disciplinas y el entorno en que la investigación en salud debe de realizarse.

11.2- Situación actual

La investigación en Salud en Costa Rica en el momento actual, es desarrollada por una cantidad importante de instancias públicas y privadas como es la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica; el CONICIT, unidades de investigación del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, (Inciensa), del Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) de la Universidad de Costa Rica, del Centro de Diagnóstico de Imágenes JEGBIO S.A. (JEGBIOSA) y de investigadores personales. Asimismo existe un programa de investigación Biomédica, Clínica y de Salud Pública de fortalecimiento de la investigación en salud, del CONICIT, con recursos de la OPS y del Ministerio de Ciencia y Tecnología, por intermedio de un fondo de incentivos, con apoyo a cuatro grandes líneas de objetivos que son: Políticas y Reformas en Salud, Sistemas y Servicios en Salud, Prevención de Enfermedades y Promoción de Salud y Salud ambiental.

Sin embargo, el país debe de compenetrarse con el "fenómeno de globalización", que afecta también a la investigación en salud. La ciencia es internacional, y países como el nuestro deben de enriquecer sus perspectivas con el intercambio de investigadores y conocimientos, uniendo esfuerzos a iniciativas internacionales que fortalezcan nuestra salud.

---

2 Clodomiro Picado Twight Obras Completas. Editorial Tecnólogica Vol II,III, IV. Primera edición, 1988

En este sentido, las iniciativas de investigación futuras también deben de prestar especial atención a la situación epidemiológica de nuestros vecinos, y estar alerta ante la importación de enfermedades exóticas a través del turismo o de productos alimenticios que provienen actualmente de todos los países del mundo.

El país al igual que otros, empieza a enfrentar nuevas epidemias de enfermedades crónicas, como la obesidad en adultos y niños, enfermedades respiratorias como el asma o la bronquitis crónica, la enfermedad coronaria e incluso, el abuso de drogas ilícitas, situaciones que ameritan de estrategias e iniciativas de investigación.

Los cambios ambientales producto de la deforestación, el calentamiento global, la contaminación del agua o el aire por pesticidas, desechos sólidos y líquidos urbanos o industriales; lograr mantener una vigilancia sobre el consumo de productos alimenticios contaminados o el contenido de los mismos, son campos en los que la investigación puede aportar elementos para buscar soluciones que garanticen la salud de la gente.

Las nuevas tecnologías biomédicas o tratamientos, la calidad de los medicamentos, sangre y productos biológicos, son también áreas que requieren fortalecimiento en políticas y estrategias de investigación.

Las enfermedades infecciosas re-emergentes, la salud mental y la cobertura y calidad de la prestación de los servicios de salud, se beneficiarían de proyectos de investigación específicos para su adecuada contención, control y aseguramiento de la calidad, respectivamente.

11.3- Fuentes generadoras de investigación

En nuestro país, el CONICIT rige las políticas referentes a la investigación en conjunto con el Ministerio de Ciencia y Tecnología y el Ministerio de Salud. Las fuentes fundamentales de las que se deriva la investigación en salud son las universidades, el Sistema Hospitalario de la Seguridad Social, con su Centro de Docencia e Investigación (CENDEISSS), el Instituto Costarricense de Investigación (ICIC), el Inciensa, el INBIO, el Ministerio de Salud, y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La Universidad de Costa Rica es en conjunto, el mayor conglomerado que realiza investigación en nuestro país, existen en ella treinta y tres centros e institutos de investigación, estaciones y fincas experimentales y otras unidades de apoyo que desarrollan en la actualidad más de 700 proyectos en las más variadas disciplinas científicas, muchas de las cuales se relacionan con salud. Los centros e institutos de investigación de la Universidad de Costa Rica (UCR) se enuncian en la siguiente tabla.

Fuentes de investigación en la UCR

Centros de Investigación	Institutos de Investigación	Fincas, estaciones experimentales y unidades de apoyo
Agronómicos (CIA) Biología celular y Molecular (CIBCM) Capacidad en Administración Pública (CICAP) Centro Centroamericano de Población (CCP) Ciencia e Ingeniería d materiales (CICIMA) Ciencias del Mar y Limología (CIMAR) Contaminación Ambiental (CICA) Desarrollo Sostenible (CIEDES) Electroquímica y Energía Química (CELEQ) Enfermedades Tropicales (CIET) Geofísicas (CIGEF) Granoss y Semillas (CIGRAS) Hemoglobinas Anormales y Trastornos Afines (CIHATA) Históricas de América Central (CIHAC) Identidad y Cultura Latinoamericana (CIICLA) Investigación en Matemáticas y Metamatemáticas (CIMM) Investigación en Matemátcas Puras y Aplicadas (CIMPA) Nutrición Animal (CINA) Productos Naturales (CIPRONA) Protección de Cultivos (CIPROC) Sismológico de América Central Tecnología de Alimentos (CITA)	Agrícolas (IIA) Ciencias económicas (IICE) Clodomiro Picado (ICP) Farmaceúticas (INFAR) Filosóficas (INF) Ingienería (IINI) Jurídicas (IIJ) Mejoramiento de Educación Costarricense (IIMEC) Psicológicas (IIP) Salud (INISA) Sociales (IIS)	Unidad de Microscopía Electrónica (UME) Laboratorio Nacional de Materiales y Modelos Estructurales (LANAMED) Sistema de Bibliotecas, Documentos e Información (SIBDI) Centro de Evaluación Académica Centro de Información

Recientemente se han abierto fuentes privadas de financiamiento para la investigación en salud y hay un resurgimiento de la asociación entre entes privados o públicos para fortalecer la aplicación conjunta de proyectos de investigación.

El nuevo perfil de acción del Ministerio de Salud como ente rector del sector y su participación en la vigilancia de indicadores de salud y la vigilancia epidemiológica de las enfermedades, estamos seguros que contribuirá significativamente a un papel más protagónico de la investigación como herramienta indispensable de las políticas sanitarias de nuestro país.

11.4- Perspectivas futuras

Existe un solo tipo de investigación científica dentro de una gama amplia de actividades investigativas y es aquella que busca el nuevo conocimiento, demuestra un enfoque diferente en algún concepto, profundiza en un fenómeno o bien establece relaciones previamente no demostradas. Y existen, además, las aplicaciones de ese conocimiento nuevo, que pueden ser mediatas o inmediatas, dependiendo del tema o del objeto que se investiga. [3]

El país requiere en un futuro cercano de un tipo de investigación que contribuya a crear o adicionar un nuevo conocimiento y que, además, existan las aplicaciones con fines prácticos de ese conocimiento.

Para poder llevarla a cabo se requiere de mujeres y hombres imaginativos, creativos y perseverantes. Este es el recurso natural más importante con que puede contar un país y su sola presencia irradia un clima de crítica objetiva y de creatividad, que es lo único que puede oponerse a la marcada dependencia intelectual que agobia a los países en desarrollo.

Se requiere entonces de esa "masa crítica" y de centros de excelencia en investigación que contribuyan a crear una cultura científica para ponerla al servicio de un verdadero desarrollo sostenido y creciente de nuestro país.

El objetivo será el crear una cultura de creatividad, innovación e investigación transdisciplinaria en la nueva generación de investigadores en salud.

Más que regulación de la investigación, la misma deberá estar enmarcada dentro de los más rígidos principios éticos y legales, protegiendo en todo momento los derechos de los pacientes (Declaración de Helsinsky) o de animales de investigación cuando sea el caso, con una cuidadosa evaluación de los productos que se están obteniendo y una estricta vigilancia por parte de nuestra misma sociedad y comunidad científica.

¿Hacia donde orientar la investigación a futuro?

El Dr. Milton Terris refiriéndose a la epidemiología en el futuro, nos hace reflexionar que la investigación en salud , así como la epidemiología -que estudia las causas y los efectos de los problemas de salud- debería de orientarse, en primer lugar, ha expandir el alcance y la intensidad de los estudios de enfermedades de etiología desconocida; de los riesgos ocupacionales y ambientales y de la salud positiva: los efectos de la nutrición, el ejercicio físico, el descanso y el recreo, las relaciones sociales y otros. [4] En este sentido, la investigación en el futuro tendría que apoyar el movimiento de salud pública en relación con la prevención de enfermedades mediante la determinación de grupos de población expuestos al mayor riesgo,

---

3 Zeledón, R. Ensayos e Ideas Científicas Tercera edición 1989 San José: Editorial Costa Rica

4 Buck, C., Llopis A.,Nájera E., Terris M. El Desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas. Organización Panamericana de la Salud 1988.

especialmente de enfermedades infecciosas emergentes y de enfermedades crónicas. Asimismo los estudios nos deben permitir identificar las medidas de prevención más eficaces, que vigilen además los resultados de los programas de prevención en salud pública y evalúen el impacto de esos programas.

La investigación también debe enfatizar sobre el sistema de atención médica, sus procedimientos como los de índole clínica y la tecnología, en términos de efectos positivos y negativos en la salud de la población, así como, llevar a cabo estudios de formas y métodos de organización y de procedimientos clínicos para determinar cuáles pueden mejorar de manera más eficaz la salud de la población.

Dentro de este contexto creemos que la investigación no debe temer revelar los problemas reales, las raíces sociales o políticas que muchas veces son la génesis de la mayoría de nuestros problemas de salud.

También como lo señaló el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICIT) refiriéndose al progreso biomédico de nuestro país: *En países como los nuestros, es tan importante descubrir como redescubrir; redescubrir es poner en evidencia o demostrar para aplicar en gran escala, determinado conocimiento que se ha producido generalmente en algún otro país. Significa además, interpretarlo de acuerdo a nuestra propia realidad, adaptarlo y en consecuencia apropiarse de él. Dominar el conocimiento existente y llevar parte de él a la mayoría de la población, es una urgente tarea que deben de llevar a cabo nuestras instituciones, y no es una tarea fácil que pueda realizar cualquier persona, sólo hombres de ciencia pueden dominar el conocimiento científico e implementar tecnologías apropiadas en ámbito nacional, porque esto requiere dilucidar varios centenares de problemas teóricos y derribar otro tanto de barreras logísticas".* [5]

La investigación en nuestro país debe de ser útil, proveer de elementos nuevos para la toma de decisiones, no sólo para investigar causalidad del binomio salud /enfermedad o los determinantes del mismo, sino también para la planificación de los servicios de salud, la organización y la administración de esos servicios, y sobre nuevos métodos de estudio, para identificar los determinantes de nuestra calidad de vida, pero sobre todo, humanizar a la ciencia, es decir, adecuarla a los valores de cooperación, equidad, armonía y solidaridad, compenetrándose con el verdadero ser y su entorno.

El desarrollo futuro de la investigación, no solo deberá contribuir a proteger a toda la población del riesgo de enfermedad, sino también, a prevenir y promocionar la salud, fortaleciendo el desarrollo sostenible de nuestro país. Para esto, no solo se requiere de voluntad política, se requiere de una adecuada redistribución de recursos financieros y de un esfuerzo para enfrentar los retos de investigación en salud en equipo, unificando recurso humano, financiero y tecnológico para la búsqueda y aplicabilidad del conocimiento que se genere en beneficio de nuestro país.

---

5 CONICIT. La importancia de la investigación biomédica para el desarrollo de la medicina social en Mohs A. Salud, Medicina y Democracia "El surgimiento de una nueva era" Universidad de Costa Rica 1980.

Un sistema de salud sólido y fortalecido, sostenible y costo-efectivo, es el producto de una fructífera investigación e innovación en salud que incluye investigación biomédica y clínica, en servicios y sistemas de salud, y en salud poblacional.

En el futuro, el éxito de Costa Rica, será medido por la salud de sus habitantes y por el grado en que la energía, creatividad y capacidad intelectual de los investigadores en salud, reten a crear esa cultura de descubrimiento, de innovación y de excelencia, que intercambie conocimientos y comparta metas, objetivos y sueños de una salud global para todos en nuestro planeta.

Capítulo 12. Desarrollo de los recursos humanos en salud en el siglo XX

Yalena de la Cruz *

12.1- La atención de la salud: los primeros pasos

En 1941, se crea la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que financiada en forma tripartita debe atender los seguros de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte.

Antes de la creación de la CCSS, los servicios médicos eran dados de caridad en el Hospital San Juan de Dios, o por médicos que ejercían la medicina privada. Existían también en el país, enfermeras y obstetras, odontólogos y empíricos, farmacéuticos, microbiólogos y nutricionistas. La Universidad de Costa Rica, fundada en 1940, daba las carreras de Farmacia y Odontología. También existía la Escuela de Enfermería.

La CCSS comenzó el establecimiento de los seguros sociales en agosto de 1942, en San José, Cartago, Alajuela y Heredia. Hubo dificultades para extender el seguro. En 1956 se extendió el seguro de Enfermedad y Maternidad a toda la familia, y no solo al trabajador. En 1961 se dio un hecho clave: la reforma constitucional que universalizó los beneficios del Régimen de Enfermedad y Maternidad al extenderlos a toda la población del país, y que daba a la CCSS un plazo de 10 años para lograrlo. Otro hecho clave fue la apertura del Hospital México en 1969.

12.2 - La Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica

A raíz de la creación de la Universidad de Costa Rica el 26 de agosto de 1940, don Julio Acosta García declaró a La Tribuna: "Nuestra Universidad es muy hermosa, es un retorno a los pasados tiempos y un avance para el futuro, pero no estará completa hasta que podamos decir que los estudiantes de medicina pueden hacerse médicos en Costa Rica." Por eso, aún cuando la Universidad tiene más de medio siglo de existencia, la Escuela de Medicina tiene apenas 45 años.

** Doctora en Cirugía Dental y Magister Scientiae en Salud Pública, Universidad de Costa Rica. Profesora de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica. Columnista de la Página 15 de La Nación.*

Los orígenes de la práctica médica en nuestro país se remontan a 1562, cuando llegó a Cartago -con la tropa Juan Vásquez de Coronado- Cipión Arméricos, cirujano militar de origen italiano. Desde entonces, nuevos profesionales fueron llegando al país. El 7 de agosto de 1823 termina su carrera -en Guatemala- el primer médico costarricense: Pablo Alvarado Bonilla.

La Universidad de Santo Tomás crea la Facultad de Medicina, donde se gradúan, en 1874, dos bachilleres en Medicina: Diego Robles y Héctor Polini. Tres años después se graduó el único Licenciado en Medicina de esa Facultad: Cirilo Meza Noguera. Con el cierre de la Universidad en 1887, toda posibilidad de estudiar medicina en Costa Rica desapareció, y la única opción de estudio se limitaba a educarse en el extranjero.

En 1937, el Dr. Antonio Peña Chavarría propone la apertura de una Escuela de Medicina, y siendo Diputado logra la aprobación -por parte del Congreso de la República- de una ley para recaudar fondos para crearla, lo que se logró el 25 de agosto de 1947 mediante la Ley Nº 1053.

Años más tarde, el Rector Facio integra una Comisión con los doctores Gonzalo González G., Fernando Escalante Pradilla, Manuel Aguilar Bonilla, Leonidas Poveda Estrada, Rodolfo Céspedes Fonseca, Antonio Peña Chavarría, Carlos Sáenz Herrera, José Manuel Quirce Morales, Otto Fallas Monge, Carlos de Céspedes Vargas, José María Ortiz Céspedes, Antonio Facio Ulloa, Ricardo Marchena y él mismo, cuya propuesta de crear la Escuela fue aprobada por la Asamblea Universitaria el 17 de octubre de 1953.

Aprobada la Escuela, se suponía que los primeros estudiantes serían admitidos en 1954; sin embargo, ingresaron hasta 1959. Mientras tanto, se reclutaron o formaron los futuros profesionales y se inició la construcción del edificio de la Escuela y de los Departamentos de Ciencias Básicas porque, según el Rector Facio, ciencias y letras constituían el primer año de la carrera de Medicina. Así, los dineros que se recaudaron -con la ley No. 1690 impulsada por Peña Chavarría- para crear la Escuela de Medicina, se utilizaron también para construir la Facultad de Ciencias y Letras, y permitieron a Rodrigo Facio impulsar su "Reforma Universitaria".

En la inauguración del edificio de la Escuela, en 1962, el Rector Carlos Monge Alfaro expresó que "al abrirse la Escuela de Medicina, la Universidad dio un paso más en el proceso de democratización de la enseñanza superior, democratización entendida como aumento de oportunidades educativas para todos los costarricenses."

Con la creación de la Escuela, se posibilita a costarricenses de recursos medios y bajos a estudiar en el país; el enfoque curricular es tradicional hasta los setentas, en que se articula el curriculum médico con el Plan Nacional de Salud que busca universalizar la seguridad social.

12.3- Alcances de la OPS en el siglo XX

Entre los grandes logros del siglo XX en materia de salud, encontramos la erradicación de la viruela y la poliomelitis. Pero también el control de enfermedades infectocontagiosas y el desarrollo de programas sanitarios que se han traducido en un aumento en la esperanza de vida, en una disminución de la mortalidad infantil y materna, y en mejores niveles de calidad de vida y bienestar -que es salud- de la población. En el proceso, el aporte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha sido importante, desde aquel 2 de diciembre de 1902 en que 11 países -incluido el nuestro- se reunieron con motivo de la Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, en Washington, D.C., que creó la Oficina Sanitaria Panamericana, antecesora directa de la actual OPS (nombre adoptado en 1958).

En 1949, la OPS se transformó en la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud y se integró en el sistema de Naciones Unidas. [1]

La OPS ha brindado cooperación técnica directa para prevenir, controlar y erradicar las enfermedades y promover la salud; estimular la investigación; capacitar a los trabajadores de salud y formar a los profesionales mediante cursos cortos y becas de posgrado.

Son propósitos fundamentales de la OPS: "la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países de la Región de las Américas para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el bienestar físico y mental de sus habitantes."[2] La meta es que sea "el mayor catalizador para asegurar que toda la población de las Américas goce de una óptima salud y contribuir al bienestar de sus familias y sus comunidades"[3] y que lidere "esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estado Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de la población de las Américas."[4]

Así, la OPS ha desarrollado una serie de "líneas programáticas" [5] entre las que destacan: políticas públicas en salud, promoción de la salud, salud y ambiente, sistemas y servicios de salud, alimentación y nutrición, prevención y control de enfermedades, vigilancia de la salud, mujer, desastres, generación y diseminación de información científica-técnica y pública en salud. Para ello, ha trabajado con el Gobierno de Costa Rica, el sector académico, las organizaciones no-gubernamentales, los gobiernos locales y las comunidades". [6] Indiscutiblemente, su recurso humano es el elemento clave en la cooperación técnica al país.[7]

---

1 http://www.nacionesunidas.or.cr/Files/?205&0&807
2 http://www.nacionesunidas.or.cr/Files/?205&0&807
3 http://www.nacionesunidas.or.cr/Files/?205&0&807
4 http://www.nacionesunidas.or.cr/Files/?205&0&807
5 http://www.nacionesunidas.or.cr/Files/?205&0&807
6 http://www.nacionesunidas.or.cr/Files/?205&0&807
7 http://www.paho.org/spanish/dbi/ecp/historia.htm

La OPS ha contribuido al desarrollo de los recursos humanos en el país, para lo cual ha cooperado con las universidades e instituciones del sector salud; e igualmente, ha apoyado con el otorgamiento de becas ha posibilitado la formación y capacitación de profesionales de la salud. El esfuerzo de OPS en la formación de recursos humanos ha sido clave en un siglo de transformaciones sanitarias, y especialmente en las últimas tres décadas, con la transformación y reforma del Sistema Nacional de Salud en el marco de la Reforma del Estado.

En un documento la OPS/OMS señala que: "el recurso humano es el único capaz de convertir los objetivos en realidad. La OPS, por su génesis y por la índole de la misión que le han asignado los países, basa fundamentalmente su apoyo a los gobiernos en servicios de asesoramiento". [8]

Alma Ata y los años setenta: las grandes transformaciones en la salud costarricense

Con la declaración de Alma Ata, la estrategia de atención primaria de la salud comienza a expandirse. En Costa Rica, en los setenta se da la universalización del seguro social que conlleva no solo la construcción de clínicas y hospitales, sino en el plano de la formación de recursos humanos un aumento en la matrícula de estudiantes de medicina y la adopción de un enfoque curricular para formar un médico capaz de hacer frente a los retos que plantea la salud universal. La universalización del seguro social implicó la obligación de hacer el Servicio Social para los médicos, y con ello, se cubrieron las plazas para que cada rincón del país tuviese atención médica.

A la vez, la implementación de los programas de atención primaria (Salud Rural y Salud Comunitaria) requirió la capacitación de técnicos que tuvieron a cargo las actividades de prevención, educación y vacunación de la población.

La Universidad de Costa Rica hizo un aporte importante en la formación del recurso humano requerido con el nuevo perfil.

Un concepto de salud integral

El concepto de salud ha evolucionado, hoy bien sabemos y reconocemos que factores biológicos, psicológicos y sociales inciden en ella y la determinan, y en ese tanto, muchas disciplinas se han ido incorporando con el transcurso del tiempo al trabajo en salud. Médicos, enfermeras, farmacéuticos, odontólogos, obstetras, microbiólogos, nutricionistas, veterinarios, agrónomos, saneamiento ambiental, salud ocupacional, técnicos (tecnologías médicas), tecnología de alimentos, ciencias del deporte, salud pública, profesionales de

8 Informe de la reunión de Análisis anual de la Misión de OPS en Costa Rica, 1983, mimeo, p 8 (D.5.1)

ciencias sociales (psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos), ingenieros sanitarios y muchas otras disciplinas, conforman un inmenso grupo humano que trabaja por mantener y mejorar la salud de las poblaciones.

12. 4- OPS: apoyo constante

El sector salud que tenemos hoy es el resultado del trabajo de sus recursos humanos y la OPS/OMS ha sido una de las Organizaciones internacional que más ha colaborado en su desarrollo en diversas disciplinas de la salud, cooperación que se ha brindado mediante su programa de desarrollo de recursos humanos (formación y capacitación), con becas y diseminación de información técnica-científica.

Aspectos puntuales del aporte de OPS

La OPS cuenta varias líneas de acción para apoyar a los países en el desarrollo de los recursos humanos: - políticas, planes, regulación y gestión de recursos humanos de salud (observatorio de recursos humanos)- educación del personal de servicios y desarrollo de programas de educación a distancia -educación en salud pública -educación médica, enfermería y técnicos en salud -desarrollo de recursos humanos en comunicación en salud - Programa de Formación en Salud Pública Internacional -becas y el Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX).

También la OPS ha colaborado mediante el Programa Especial de Análisis de Salud (30), que tiene entre sus objetivos fortalecer la capacidad y el desarrollo de los recursos humanos en epidemiología, particularmente de aquellos profesionales que laboran en los servicios de salud.

Si bien no se pudo obtener información completa del aporte real -en el área de recursos humanos- al país en cien años de cooperación técnica, con datos de algunos períodos se puede dar una idea de la magnitud y diversidad del aporte:

- En 1984, se otorgaron 35 becas en las áreas de salud pública, oftalmología, cirugía vascular, administración, salud maternoinfantil, saneamiento ambiental, alcoholismo y drogadicción; los funcionarios becados trabajan en el Ministerio de Salud, la CCSS, la Universidad de Costa Rica, la Universidad Nacional el Inciensa y el IAFA. El país recibió 55 becarios de otros países de América Latina en enfermería, salud maternoinfantil, atención primaria, odontología, registros médicos, demografía, cáncer, mantenimiento de equipo, rehidratación oral. Se realizaron 60 cursos-seminarios-talleres, con la participación de 3312 funcionarios del Ministerio de Salud, la CCSS, la Universidad de Costa Rica, la Universidad Nacional Autónoma y trataron temas de atención primaria, administración, enfoque de riesgo, historia clínica maternoinfantil, enfermería, salud oral, salud mental y saneamiento ambiental. 70

funcionarios costarricenses participaron en reuniones internacionales. Finalmente, se apoyó al Ministerio de Salud, a la CCSS, y a la Universidad de Costa Rica en el desarrollo de actividades del Plan de necesidades prioritarias de salud en Centroamérica y Panamá, el desarrollo de la Secretaría del Sector Salud, el desarrollo de la vigilancia epidemiológica (necesidades de los ancianos), el estudio de factibilidad de fluoración de la sal, la vigilancia y control de la malaria, el estudio de la angioestrongilasis, y preparación de material audiovisual para la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.[9]

- En 1986, la OPS dio su aporte "en el análisis de la situación y en la búsqueda de alternativas viables en el mediano plazo" para "determinar estrategias políticas más adecuadas para la real integración y desarrollo del Sector Salud; definir estrategias operativas de participación de los componentes del sector, en función de las grandes prioridades de salud del país; y crear el mecanismo idóneo para el liderazgo y desarrollo del proceso", así como "en el análisis de la viabilidad financiera del sector y en el análisis y reajuste de las disposiciones legales requeridas".[10] En el área específica de recursos humanos, la OPS apoyó "un programa de capacitación gerencial masivo, diferenciando según niveles de gestión, al personal del Ministerio de Salud y la CCSS"[11] , "la orientación de la política de recursos humanos y la estructuración del proceso de planificación de los recursos humanos del sector" [12] y dio el apoyo técnico-financiero para la investigación [13] Se becaron 35 costarricenses en el área de salud pública para estudios en administración de servicios, preparativos para desastres, bibliotecología, radiología, laboratorio y mantenimiento hospitalario. En 75 cursos y seminarios realizados en el país participaron 2945 funcionarios en actividades de educación continua, y 112 costarricenses participaron en 47 eventos en el exterior.[14]
- En 1987 se otorgaron 65 becas a costarricenses en las áreas de administración de servicios de salud, planificación, control de vectores, desarrollo físico de servicios, tercera edad, control y epidemiología de enfermedades crónicas, diagnóstico del SIDA, adolescencia, perinatología, alimentación y nutrición, medicamentos y vacunas, saneamiento ambiental e infecciones hospitalarias. [15] Además, se desarrollaron 131 cursos con la participación de 3740 funcionarios y 131 costarricenses asistieron a actividades diversas en 16 países. Se apoyaron varias investigaciones. [16]

---

9 Informe anual de evaluación para el informe del Director OPS/OMS. 1984, mimeo. (D.4.1)
10 OPS. Reunión de análisis anual correspondiente a 1986, mimeo. (D.5.4), p11
11 OPS. Reunión de análisis anual correspondiente a 1986, mimeo. (D.5.4), p17
12 OPS. Reunión de análisis anual correspondiente a 1986, mimeo. (D.5.4), p18
13 OPS. Reunión de análisis anual correspondiente a 1986, mimeo. (D.5.4), p22
14 OPS. Informe anual de evaluación para el informe del Director OPS/OMS. 1986, mimeo. (D.4.3), p 4
15 OPS. Reunión de análisis anual correspondiente a 1987, mimeo. (D.4.4), p3
16 OPS. Reunión de análisis anual correspondiente a 1987, mimeo. (D.4.4), p4

- En 1988 se otorgaron 46 becas a costarricenses en las áreas de salud ambiental, sistemas locales de salud, desarrollo de recursos humanos, SIDA, medicamentos, zoonosis, malaria, dengue, administración y gerencia, salud pública, planificación, nutrición y alimentación, entomología médica, salud materno infantil, mantenimiento y enfermería. Además, se desarrollaron 163 cursos con la participación de 8473 funcionarios del sector salud y otras áreas estatales y privadas y 137 costarricenses asistieron a actividades diversas en 22 países. Se subsidió el desarrollo de los sistemas locales de salud, participación social, capacitación en estadísticas y registros médicos, estudios sobre mortalidad en la niñez, investigaciones en bionomía de vectores, tercera edad, diabetes, cáncer, accidentes de tránsito, uso de plaguicidas, sexualidad en niños y adolescentes. [17]
- En 1989 se otorgaron 188 becas a costarricenses en el exterior. Además, se desarrollaron 521 cursos con la participación de 20770 funcionarios, y 624 costarricenses asistieron a 218 actividades diversas en el exterior. [18]
- En 1990 se apoyó el proceso desconcentrado de educación permanente; el análisis prospectivo del proceso de enseñanza-aprendizaje en el Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica tendiente a la reorientación curricular y a la evaluación de la práctica en servicio de los estudiantes.[19]
- En 1991 "el apoyo en el área de recursos humanos se centró en reforzar las estructuras locales y regionales que permitan una programación local de las necesidades de capacitación y en la conducción de estos programas, así como en la aplicación de la educación a distancia. Se cuenta con una base de datos sobre recursos humanos del sector. El apoyo al Centro de Planificación, Investigación y Desarrollo Estratégico de Recursos Humanos para el Sector así como a la Red Nacional de Información, han sido retomados luego de un período de reflexión por parte de las autoridades nacionales sobre la propuesta de OPS". [20]
- En 1993 se hace "necesario mantener un esfuerzo coordinado y directo en la identificación de los recursos estratégicos necesarios para iniciar y sostener el proyecto de reforma sectorial". [21] La OPS continúa apoyando al Departamento de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica y el proceso de planificación estratégica de Recursos Humanos. [22] A la vez, se dan capacitaciones y asesorías en diversas áreas.[23]

17 OPS Informe analítico de la cooperación técnica de OPS/OMS en Costa Rica, 1988, mimeo. (D.4.4), p 4-5
18 OPS. Costa Rica. Informe analítico de la cooperación, Dic. 1989, mimeo. (D.4.6), p 5
19 OPS. Costa Rica. Informe analítico de la cooperación, 1990, mimeo.
20 OPS. Informe anual del director. Costa Rica, mimeo, p3
21 OPS. Resumen analítico de la cooperación técnica de la OPS a Costa Rica, 1993 mimeo, p3
22 OPS. Resumen analítico de la cooperación técnica de la OPS a Costa Rica, 1993 mimeo, p24
23 OPS. Resumen analítico de la cooperación técnica de la OPS a Costa Rica, 1993 mimeo.

- En 1994 se apoya el proceso de reforma sectorial y especialmente la identificación de recursos estratégicos.[24] Asimismo, se apoyó al Dpto de Salud Pública de la UCR y el programa de educación continua.[25] Se dan capacitaciones y asesorías en diversas áreas.[26]
- En el bienio 1996-97 se realizaron 206 actividades de capacitación a las que asistieron 12.004 personas, en diversas áreas como epidemiología, alimentación y nutrición, inmunizaciones, enfermedades transmisibles y no transmisibles, agua, desastres entre otros. Se apoyó la participación de nacionales en 84 actividades internacionales. Se apoyó al CENDEISSS, como ente responsable del desarrollo de los recursos humanos del sector salud.[27]
- En el bienio 1998-99, la cooperación técnica permitido la generación de conocimiento respecto al mercado de trabajo y la detección de necesidades de formación, capacitación, el análisis del espacio conjunto entre la educación y la práctica médica, la definición de funciones esenciales de salud pública, el proceso de definición de políticas y la participación activa de Costa Rica en el Observatorio de Recursos Humanos y se redefinió el perfil del CENDEISSS. Se realizaron 428 cursos y seminarios a los que asistieron 51.556 personas. Se apoyó la participación de 436 nacionales en cursos y seminarios internacionales. Se movilizaron un total de 305 expertos que viajaron a Costa Rica en diversas misiones técnicas y 189 expertos de Costa Rica viajaron a otros países.[28]

12.5- El desafío de la salud pública y la formación de los recursos humanos

Los desafíos contemporáneos de la salud pública se enmarcan en dos grandes líneas: la atención integral de la salud y la preservación de la vida humana. La formación integral de recursos humanos debe plantear esos grandes temas y también superar las evidentes deficiencias que hasta hoy se dan en los sistemas de salud, que no son ni universales ni oportunos, y que tienen poco énfasis en la prevención y educación.

El gran desafío es formar un recurso humano capaz de promover salud, educar, prevenir, diagnosticar lo más tempranamente posible, curar y rehabilitar oportunamente, mediante el trabajo en equipo interdisciplinario en salud, y fortaleciendo la investigación sin perder de vista grandes derroteros: lo ético, el valor supremo de la vida y los derechos de los pacientes.

---

24 OPS. Resumen analítico de la cooperación técnica de la OPS a Costa Rica, 1994 mimeo, p3
25 OPS. Resumen analítico de la cooperación técnica de la OPS a Costa Rica, 1993 mimeo.
26 OPS. Resumen analítico de la cooperación técnica de la OPS a Costa Rica, 1993 mimeo, p24-25
27 Representación OPS/OMS Costa Rica. La cooperación técnica en acción. Caminando hacia salud para todos. Informes bienios 96-97 y 98-99, San José, 2000. OPS/CR. WA 540.1 / 0-686c / 2000
28 Representación OPS/OMS Costa Rica. La cooperación técnica en acción. Caminando hacia salud para todos. Informe bienios 96-97 y 98-99, San José, 2000. OPS/CR. WA 540.1 / 0-686c / 2000

La salud en la sociedad

La meta en salud es preservar la vida humana y la dignidad de esa vida humana. Por eso, hemos de procurar evitar que la gente se enferme y hemos de entender que con más hospitales no mejora la salud; como sociedad, tenemos que aspirar a cerrar camas de hospital, a promover la salud, a prevenir lo que se pueda prevenir, a diagnosticar lo más tempranamente posible, a curar y rehabilitar cuando haya que hacerlo. [29] En este cambio de visión, es esencial la formación del recurso humano.

Como lo señala Gutiérrez-Trucíos para el caso de Venezuela, "las funciones esenciales de la salud pública han sido relegadas por los procesos de reforma del sector salud en la Región, que se centraron en aspectos financieros, de organización y prestación de servicios con enfoque individual. Una prioridad de la Región ahora es fortalecer las funciones esenciales de salud pública con el fin de contribuir a mejorar nuestros indicadores de salud". [30]

Así, los recursos humanos en salud deben formarse en las disciplinas básicas con conciencia clara de la importancia de los aspectos de promoción y prevención. Se requiere formar personal técnico a cargo del desarrollo de programas de atención primaria. Se requiere formar especialistas en las diversas áreas de la salud pública, la epidemiología y las ciencias básicas (bioquímica, fisiología, genética). Se requiere impulsar la investigación básica, clínica y epidemiológica.

Si en el siglo XXI queremos tener un país desarrollado, centrado en el ser humano y garante de su salud, nuestro recurso humano debe formarse con miras a garantizar la seguridad sanitaria (prevención y atención de maternidad y enfermedades de toda índole), la seguridad económica (dotación de un ingreso por invalidez, vejez o muerte), la seguridad laboral (prevención y atención de riesgos del trabajo y accidentes, y seguro de desempleo; horarios flexibles que faciliten combinar las responsabilidades laborales con las obligaciones familiares y construcción de guarderías para los niños de los trabajadores) y la seguridad en servicios sociales (apoyo a grupos vulnerables, como víctimas de emergencias o catástrofes naturales).

La sociedad del nuevo milenio debe ofrecernos mayores oportunidades, un mejor nivel de vida y un estilo de vida más sano, lo cual es posible lograr con acciones encaminadas al bienestar social, de tal manera que las que hoy llamamos "acciones en salud" dejen de estar circunscritas a la atención de enfermedades para referirse a la calidad de vida de la gente, porque salud es -como lo dice la OMS- un estado de bienestar físico, mental y social, y no solo ausencia de enfermedad. En este sentido, el gran reto es la transformación del recurso

---

29 De la Cruz, Yalena. Salud para todos. Periódico La Nación, San José, p 15A, 5 de abril de 1998.En URL: http://www.nacion.co.cr/ln_ee/1998/abril/05/opinion4.html

30 Organización Panamericana De La Salud. Cien años al servicio de la salud pública en las Américas. Isaías Daniel Gutiérrez Trucíos. En URL: http://www.ops-oms.org.ve/site/100-aniv/principal/principal.htm

humano para pasar de la teoría a la acción y hacer de la promoción, la prevención y la atención primaria los pivotes esenciales de la salud pública costarricense.

12. 6- Los desafíos contemporáneos de la salud pública

En definitiva, los desafíos del recurso humano en salud se entienden dentro de los retos de la salud pública, que a su vez se enmarcan en el gran reto del desarrollo humano, que, como lo apunta Federico Mayor [31], requiere enfrentar cuatro grandes desafíos:

- la construcción de la paz, con programas internacionales y cooperación planetaria (porque la mundialización de los acontecimientos debe suscitar la mundialización de las voluntades), no solo para evitar el horror de la guerra, sino sobretodo para que prevalezca la justicia social y para desterrar la violencia
- la desaparición de las desigualdades y exclusiones, terriblemente agudizadas por la mundialización que ha fracturado la sociedad, y donde solo un quinto de la población del planeta se ha beneficiado en el proceso; el restante 80% ha sufrido las consecuencias en términos de trabajo, educación, salud, estructura familiar y pobreza, así como una rampante pérdida de valores —llamadas por Mayor, "enfermedades del alma"— que ha hecho prevalecer "la ley de la jungla", la indiferencia y la pasividad, y desaparecer la solidaridad al tiempo que los gobiernos se preocupan solo por los asuntos económicos y no por las cuestiones sociales.
- el desarrollo duradero, que comprende el deber de prever para las generaciones futuras ("a las que, por egoísmo y miopía temporal, no podemos negarles sus derechos") y el fortalecimiento de la democracia para todos, donde prevalezca "la fuerza de la razón" y no "la razón de la fuerza", y donde todos podamos tener calidad de vida, que es educación, salud, trabajo y posibilidad de desarrollarnos plenamente en la sociedad.
- la visualización de un proyecto de largo plazo, para no ir a la deriva, porque "no hay viento favorable para quien no sabe a dónde va. No hay buen viento para un capitán que no puede descifrar un mapa", para quien no puede leer la realidad, y... hay que saber leerla en temas como el agua, la energía, el cambio climático planetario, la polución, la seguridad alimentaria, el desarrollo, el lavado de dinero sucio, el crimen organizado, la droga, las epidemias, los factores que degradan el ambiente, entre otros sugeridos por Federico Mayor.

31 Mayor Zaragoza, Federico. Un Mundo Nuevo. Ed. Odile Jacob, Paris, 1999

Mayor nos propone[32] la necesidad de pensar en cuatro grandes contratos para un nuevo Mundo:

- un contrato social, basado en la solidaridad y no en la pobreza ni en la exclusión y donde todos participen.
- un contrato natural, basado en la alianza de la ciencia y la ética, del desarrollo y la preservación del ambiente.
- un contrato cultural, en el que la educación para todos a lo largo de la vida ha de ser uno de los ejes principales, y donde se le dé "un alma al desarrollo, y se coloque en su corazón al ser humano".
- un contrato ético, que de "sentido y perspectiva a la aventura humana" y promueva la cultura de paz y el desarrollo inteligente, que no aplaste ni aniquile al ser humano, sino que proteja la dignidad humana bajo todas sus formas, impulse a los países a adherirse a la Corte Penal Internacional para crímenes de guerra, contra la humanidad y el genocidio; y promueva una "cultura de paz" con libertad, justicia, democracia, tolerancia, respeto a la vida y solidaridad, sin violencia, con el diálogo y la negociación como formas de prevenir y resolver los conflictos, y garante de la plena participación de todos en el desarrollo social.

La salud pública y la formación de recursos humanos en salud, deben desarrollarse en el marco de esos desafíos y esos contratos. De acuerdo con Jaramillo,*"el interés del profesor en términos del conocimiento y por consiguiente del estudiante, se dirige a la enfermedad fundamentalmente. Las Escuelas de Medicina y en términos generales todas aquellas que tienen que ver con el campo de la salud, tienen que ser reorientadas, ahora más que nunca, no sólo para producir médicos clínicos, sino también para dar médicos sociales que entiendan que el abrumador adoctrinamiento dado durante milenios en las Escuelas de Medicina y que tiene como objetivo fundamental el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, era una estrecha perspectiva. Hoy sabemos que esto fue un error, que el objetivo era mucho más vasto y que la primera y más importante función deberá ser la promoción de la salud en todos sus aspectos".* [33]

El futuro de la salud pública es una página en blanco y son quienes están en formación los que tienen la responsabilidad de escribirla. La posibilidad de que sea escrita con apego a la ética y en el marco de la solidaridad, entendiendo que la medicina y la ciencia no pueden ir en contra de la dignidad humana, depende esencialmente de cómo se lleve a cabo la formación de los futuros profesionales en salud; de ahí que este sea uno de los más importantes aportes que puede seguir dando la OPS al país.

32 Mayor Zaragoza, Federico. Un Mundo Nuevo. Ed. Odile Jacob, Paris, 1999

33 Jaramillo, J., 1984. Los problemas de la salud en Costa Rica: políticas y estrategias, segunda edición, San José, Costa Rica, p. p. 56 - 57.

Capítulo 13. La seguridad social costarricense

*Dr. Guido Miranda Gutiérrez**

13.1- Antecedentes

Este pequeño país ha sido capaz de construir, a lo largo de medio siglo de esfuerzo continuo, un sistema de seguridad social que le ha rendido extraordinarios beneficios en su estabilidad social y en sus indicadores de salud, dentro de su posibilidad económica y con ahorro, al requerir menos inversiones en programas e instalaciones sanitarias de discutible eficiencia. La vía utilizada ha sido de excepción, ya que se emplea en un país de economía agrícola, un seguro social tipo bismarkiano que se introdujo en 1941, se extendió a la familia y luego se le dio cobertura universal. Para la prestación de servicios, se creó un sistema de Atención Primaria y paralelamente se integró el Sistema Hospitalario Nacional, regionalizado y por niveles de atención.

En la última década en forma progresiva se avanza hacia una institución única de atención integral de las personas y a la organización del papel rector del Ministerio de Salud. Los resultados han sido excelentes, puesto que los indicadores de salud figuran entre los mas altos de Latinoamérica: su tasa de mortalidad infantil es poco más de 10 x 1000 n.v., su expectativa de vida es de 79 años para las mujeres y cuatro años menos para los hombres y alrededor del 92% de los partos tiene atención en las maternidades del sistema hospitalario de la Caja; en 1998 ocupó la posición 34 en el IDH. El gasto per cápita en salud fue de $US 225 de 1995, de los cuales tres cuartas partes son fondos públicos y corresponde al 9% del PBI.

El desarrollo de los seguros sociales en América Latina se inició después de la visita de la OIT a la V Conferencia Panamericana, en Santiago de Chile en 1923, donde los gobiernos son estimulados a establecer esta forma de protección para la población productiva, ante la ausencia de cualquier modelo de organización laboral. El modelo económico latinoamericano desde la conquista y la colonización española se basó en la tenencia de la tierra y en la explotación de la población. El modelo agrario de riqueza, el latifundio y la producción de

**Ex.Presidente Ejecutivo, Caja Costarricense de Seguro Social.*

escaso valor agregado, no requirió mano de obra calificada ni favoreció la organización de los trabajadores. De ahí que los seguros sociales eran prácticamente desconocidos. Solo en Argentina, Chile y Uruguay y los Estados del sur de Brasil, habían desarrollado asociaciones mutualistas traídas por los inmigrantes europeos de sus países de origen. No ocurrió lo mismo en Estados Unidos, en donde los modelos chocaron con la fortaleza de las compañías privadas de seguros, que desde muy temprano se habían desarrollado con la colonización inglesa.

Después de cuatro siglos de experiencia, primero en el mercado artesanal y luego en el industrial, las tres leyes que aprueba el Parlamento Alemán para dar nacimiento a los seguros sociales, la ley de Enfermedad, en 1883, la ley de Accidentes de Trabajo, en 1884 y la ley de Invalidez y Vejez, en 1889, fueron concebidas y gestionadas en su aprobación por Bismarck, como un instrumento de previsión para aliviar las tensiones sociales en el sector industrial alemán. Inicialmente creadas para cubrir las industrias con mas de 50 trabajadores, pronto el número no fue factor excluyente, ya que la ley desde el comienzo estableció el seguro voluntario individual, para los trabajadores independientes. Si bien es cierto las mutuales, asociaciones y hermandades eran capaces de resolver muchos problemas, sus diferencias en las obligaciones y beneficios creaba un antagonismo perjudicial para su rendimiento. Solo en el Estado de Prusia, en 1876, existían 5.239 mutuales y asociaciones de trabajadores, con un total de 869.204 miembros, de afiliación obligatoria para tener acceso a la autorización de trabajo y secundariamente a los beneficios de su membresía. El beneficio de la protección de la maternidad no nace como una extensión a la familia, sino como protección de la mujer trabajadora, porque para entonces el 15% de la mano de obra del sector industrial alemán era provisto por mujeres. Cada organización tenía su propio sistema de cotización y capacidad financiera, con su lista de beneficios; las más solventes eran las de la minería, metalurgia y la construcción. Todas ellas ofrecían prestaciones de asistencia médica, medicamentos, hospitalización e indemnizaciones, suministrados mediante contratos con proveedores operando en un muy amplio mercado privado, desarrollado por la demanda. Las leyes aprobadas vinieron a establecer uniformidad en las cotizaciones y prestaciones y a transformar al Estado en el factor de garantía de cumplimiento para los afiliados, a resolver conflictos mediante arbitraje, como ocurría con frecuencia con los accidentes laborales y a velar por el procedimiento administrativo y de archivo en los derechos de pensiones.

El proceso de democratización en América Latina comenzó a desarrollarse con el triunfo de los grupos liberales al comenzar el siglo XX, en la mayor parte de los países. Sin embargo, los importantes fenómenos políticos de Europa ocurridos inmediatamente antes de la Primera Guerra Mundial producen un claro fortalecimiento de las corrientes sociales. La crisis del modelo monárquico, con la desaparición de los imperios, y el subsecuente nacimiento de la Liga de las Naciones, produce alguna repercusión en el continente americano. Se originan corrientes ideológicas propias, como los contenidos de la Revolución Mexicana, la Reforma Universitaria de Córdoba, y en particular el movimiento indo-americanista del APRA peruano y su líder Raúl Haya de la Torre y su especial relación con Vasconcelos, en México

y Martí, en Cuba. Paralelamente y en forma muy activa se inició después la organización de los partidos comunistas en cada país y su postulado de la lucha de clases atemoriza al capital. La ausencia de un desarrollo industrial significativo no logró asentar los argumentos para impedir el paso a las múltiples formas de organización de trabajadores, que en algunos casos alentó la permanente alianza entre los militares, el gobierno y la iglesia, como una forma de yugular parte de estas iniciativas. Incluso el intencional impulso del New Deal del presidente Roosvelt y la aprobación de su Ley de Seguridad Social, en 1935, como elementos de influencia para Latinoamérica, fue otro de los elementos en el escenario político-social de ese período.

La mayor parte de los países se habían circunscrito a aprobar una ley de protección de los accidentes de trabajo, que en una economía agrícola, tiene una proyección muy limitada, en contraste con el gran desarrollo que la legislación de los seguros sociales había tenido en los países europeos al terminar el siglo. La acción de los sindicatos católicos alemanes y de los Países Bajos, que fundamenta el liderazgo del Cardenal Mercier, en Lovaina y la emisión de su Código de Malinas, se consolidan con la Encíclica Rerum Novarum, de 1891, que en la práctica influye poco en la posición de la iglesia católica latinoamericana. La creación de la Organización Internacional del Trabajo, originada en la necesidad de los países europeos, quedó consignada en le respectivo capítulo en el Tratado de Versalles, como la conveniencia de establecer un instrumento para la protección de los trabajadores mediante los seguros sociales. Así se explica su visita, en 1923, a la reunión de la V Conferencia de la Unión Panamericana realizada en Santiago de Chile, para proponer a los países concurrentes la creación de esta legislación. En efecto, Chile en 1924, fue el primer país que aprobó la creación del Seguro Obrero Obligatorio, pero paralelo y sin ninguna relación con la antiguas y fuertes mutuales que ya afiliaban a la mayor parte del sector laboral.

En la mayor parte de los países la primera ley que se aprobó fue la de protección a los accidentes de trabajo, como una consecuencia influyente de lo ocurrido en Europa, que estableció legislaciones impulsadas principalmente por las organizaciones de trabajadores, desde mucho tiempo antes que se estableciera la legislación de los seguros sociales. Luego se agregaría el régimen de enfermedad y maternidad y la organización del régimen de pensiones, en el último cuarto del siglo XIX.

En América Latina ocurre lo mismo, ya que esta legislación sobre accidentes precede unos 15 años, como promedio, a los otros dos regímenes, cuando se aprobaron por separado; hubo otros países que más tarde aprobaron la tríada completa. El Cono Sur lleva liderazgo en esta inquietud: Perú, 1911, Uruguay, 1914; Argentina, 1915 y Chile, 1916; los regímenes de Enfermedad y Maternidad, conjuntamente con el de Invalidez, Vejez y Muerte, vendrían después: Chile, 1924, Perú, 1936, Colombia, 1938; Venezuela, 1940. En Centroamérica, Costa Rica y Panamá lo hacen en 1941, Guatemala, 1947, El Salvador, 1949; Nicaragua, 1955 y Honduras, 1959.

13.2- El desarrollo en Costa Rica

En ausencia de un desarrollo industrial y la subsecuente organización de los trabajadores, el desarrollo nacional fue producto de una serie de hechos coyunturales.

El diputado Enrique Pinto había mostrado su preocupación por los accidentes de trabajo desde 1906, en que presenta su primer proyecto al Congreso Nacional, pero no hubo interés en discutirlo. Años después, cuando Jorge Volio, ordenado sacerdote en la Universidad Católica de Lovaina en 1909, inicia sus prédicas de reivindicación de los grupos socialmente más débiles, se apoya estrictamente en la Encíclica Rerum Novarum, emitida por el Papa León XIII, en 1891. Cuando en 1915, ya como seglar inicia sus actividades políticas y organiza en 1923 el Partido Reformista, que logra un muy rápido crecimiento en su caudal político y dentro del cual siempre mantuvo su ideología apegada a los principios de la Encíclica. Así los aspectos de la salud y la seguridad de los trabajadores fueron sus ejes centrales. Para la elección de presidente, en 1924, en contienda con el Lic. Ricardo Jiménez, prominente figura del liberalismo nacional y con el Lic Alberto Echando, al no obtener ninguno la mayoría de votos requerida, hace un acuerdo político con Ricardo Jiménez y cede los 5 votos de sus diputados en el Congreso, para el período presidencial 1924-28, ya que la modalidad de elección presidencial es indirecta. Con los votos necesarios para su elección, el Presidente Jiménez inicia el cumplimiento con Volio de establecer una institución que se haga cargo de los accidentes de trabajo y crea el Banco de Seguros. Como existía un conflicto por pago dudoso de pólizas de incendio con las compañías privadas locales de seguros, se le confiere al Banco la administración de todas los tipos de seguros, incluyendo los accidentes de trabajo, mediante pólizas individuales o colectivas costeadas por el empleador. Desde el inicio la atención médica se hizo por médicos contratados para ese efecto; cuando se hizo necesaria su hospitalización, el Hospital San Juan de Dios aportó las camas y todos los servicios complementarios, por contrato con la Junta de Protección Social de San José.

Para la campaña política de 1928, la salud de nuevo fue motivo de interés de los candidatos y el Lic. Carlos María Jiménez menciona los seguros sociales como una alternativa en su programa de gobierno. El candidato que triunfa fue mucho más allá: el Lic. Cleto González, liberal, le solicita al Ingeniero Max Koberg, nieto de inmigrantes alemanes, que le prepare un proyecto sobre el tema y así recibe la propuesta: "Bases para una Caja de Emergencia para la República de Costa Rica. Seguro Social en caso de enfermedad, accidentes, maternidad, casamiento e invalidez". El presidente González, ya electo solicita al Ing. Koberg le prepare el proyecto de ley para su envío al Congreso, pero la debacle financiera provocada por la crisis del año 1929 paralizó la iniciativa, que de haber prosperado, habría significado la introducción de un seguro social en esa administración.

Otra personalidad que aparece en este mismo tiempo es el Licenciado Guillermo Padilla Castro. En 1922, se gradúa de abogado en la Universidad de París y el gobierno de turno le extiende su beca para que continúe en la misma Universidad y en 1927 obtiene su grado de Doctor en Derecho Penal. Regresó ese año a Costa Rica y al siguiente es parte del grupo que

organizó, en 1929, el Congreso de la Semana Nacional del Niño, que discute la problemática del niño trabajador menor de 15 años, casi siempre hijos de madres solteras. El grupo organizador, encabezado por el Licenciado Luis Felipe González Flores, tiene personalidades como Carmen Lyra y se lo considera la cuna de la formación de la Escuela de Trabajo Social, al cual se incorpora Padilla Castro. El Congreso y su temática produce impacto suficiente como para que en agosto de 1930, se apruebe la Ley Constitutiva del Patronato Nacional de la Infancia, "para la conservación, desarrollo y defensa del niño". En 1931, es nombrado administrador y representante legal del PANI; en los años siguientes producirá la legislación en el Código Civil sobre el registro de menores y su abandono, combate la mendicidad, funda el Reformatorio de Varones, la Gota de Leche; lucha por la salud de los niños y las colonias veraniegas. Culmina con la realización del VII Congreso Panamericano del Niño. Después de 11 años en el PANI, el Lic. Padilla se incorpora como colaborador al nuevo gobierno del Dr. Calderón Guardia, en 1940.

En 1931, se fundó el Partido Comunista, por la gestión de un grupo de estudiantes de la Escuela de Leyes, encabezados por Manuel Mora Valverde, que será su líder incuestionable por muchos años. La pobreza de nuestra colectividad y la absoluta carencia de cualquier forma de desarrollo social fue el caldo de cultivo para que aquí, al igual que en todo Latinoamérica, el partido comunista local, con esmerada capacitación de sus líderes y apoyo económico provisto después de la crisis de la Tercera Internacional, dirijan una labor continua de desestabilización en todas las comunidades y regiones, realizando fuerte proselitismo, que pronto se tradujo en resultados electorales. En 1934, el partido comunista organiza la huelga bananera y en 1936, la huelga de talleres de zapatería, que es solo un trabajo artesanal, pero logra éxito. Llegó el Lic. Mora al Congreso Nacional como primer diputado electo por el Partido Comunista y por estar vigente la reelección, lo fue desde 1934 hasta 1948. Le presentan al país un programa mínimo de acción política; el segundo punto de los objetivos propone el establecimiento de los Seguros Sociales para la protección de los trabajadores. El menú del tema sanitario que manejó este grupo político fue siempre muy amplio y cuando se presenta la negociación para resolver la Huelga Bananera, de 1934, el tema relacionado con salud figura después del salarial. El establecimiento de dispensarios en las plantaciones, la atención médica oportuna, la mordedura de serpiente y la malaria como riesgos de trabajo y la creación de un Hospital en Siquirres, punto de confluencia de líneas ferroviarias para preparar los trenes hacia Limón, fueron puntos del arreglo de la huelga. El Partido Comunista sostuvo siempre el principio de la "lucha de clases" del ortodoxo leninismo, que se mantuvo hasta el momento en que Rusia al ser invadida, en Junio de 1941, pasó a ser un aliado de las democracias en su lucha contra el fascismo. A partir de ese momento, se produce la alianza del grupo comunista con el gobierno del presidente Calderón y el cumplimiento de la consigna internacional, el cambio de nombre a Vanguardia Popular.

En otra línea que más adelante será convergente, nace en San Rafael de Oreamuno, Cartago, en 1898, Víctor Manuel Sanabria, que desde niño se inclina por el sacerdocio e ingresa al Seminario. Brillante en sus estudios, le faltan años y tiene limitaciones para recibir la or-

den sacerdotal. Promovido por la Curia Metropolitana, viajó a Roma en donde obtiene el doctorado en Derecho Canónico, en 1921; regresa al país y asume labores parroquiales. En 1925, pasa a Vicario Metropolitano. En octubre de 1937, fallece el Obispo de Alajuela Monseñor Monestel; hubo consenso en el gobierno del Presidente Cortés de realizar gestiones para apoyar el nombramiento del padre Sanabria, lo que se produce en Febrero del 38. Año y medio después, se repite la situación con el fallecimiento de Monseñor Otón Castro, Arzobispo de San José y en Abril de 1940, Victor Manuel Sanabria pasa a ser cabeza de la Iglesia y Arzobispo de San José. Se le reconoció siempre por su brillantez intelectual y por su vocación a la acción social y organización política, en correspondencia con su formación académica e identificación con las Encíclicas Rerum Novarum y Quadragéssimo Anno. Preocupado por el espacio político que ha visto ganar al partido comunista y la pobreza de su rebaño, inicia la organización de los trabajadores formando sindicatos católicos y de grupos comunales de acción social, amparados por su Iglesia. Busca colaboración convencida de este propósito y la encuentra en Benjamín Núñez Vargas, sacerdote que recién termina su Bachillerato en Ciencias Sociales, en la Universidad de Niagara Falls y su Maestría en Ciencias Sociales, en la Universidad de Washington, 1943. Organizan el movimiento obrero católico conocido como "Rerumm Novarum"; luego el padre Núñez será el Ministro de Trabajo de la Junta de Gobierno de 1948-49.

Para completar las piezas de lo que será un muy especial ajedrez social en varios años más, el médico costarricense graduado en la Universidad Católica de Lovaina, Rafael Calderón Muñoz, que ha hecho múltiples demostraciones de profundo catolicismo y de identificación con las encíclicas papales, sin mayor figuración política directa, predica principios de caridad quizá al no haber encontrado una forma real de traducir su pensamiento social. Envía a sus dos hijos a estudiar a su misma Alma Mater, Lovaina y a la Libre de Bruselas: Rafael Ángel iría a Medicina y Francisco a Derecho; solo el primero completa sus estudios. Al regresar ambos en 1927, el Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia hizo un ejercicio característico profesional: la cercanía y cuidado de sus pacientes, que rápidamente le dio renombre. En 1930, va al Concejo Municipal de San José y desde 1934 a 1940, es electo diputado por la provincia de San José y en el último año, presidente del Congreso Nacional. Candidato del oligárquico Partido Republicano Nacional, coincide con dos adversarios de poco prestigio político y gana las elecciones para el período 1940-44 por más del 80% de los votos. En su mensaje presidencial inicial, promete su cuidado por los que menos tienen, que estarán amparados por sus principios sociales cristianos.

En 1936, se eligió presidente a don León Cortés; su administración se caracterizó por la cantidad de infraestructura construida: puentes, edificios públicos, escuelas, otros. Su esposa, Julia Fernández, tiene especial preocupación por las madres solteras y su dificultad para alojar los niños mientras ellas hacen su trabajo. Logra el apoyo económico de su marido para la construcción de una gran guardería, "Casa de la Madre y del Niño", para el cuido diurno de los niños y que en la noche alojen con sus madres. Los planos son hechos por el arquitecto Francisco Salazar, del Ministro de Obras Públicas, para la construcción de un edifi-

cio de dos plantas, "en el lote baldío contiguo a los tanques del primer acueducto para San José", es decir, lo que hoy corresponde al Hospital Calderón Guardia. La construcción se inicia en 1938, pero en setiembre de 1939, se inicia la segunda Guerra Mundial. Se cierran los mercados europeos y norteamericanos para la venta de nuestros productos de exportación, café y banano. Y se imposibilita la importación de todos los insumos del país, entre otros, todos los materiales de construcción desde cemento hasta hierro en todas sus formas. En Mayo de 1940, termina la administración Cortés y la que se inicia del presidente Dr. Calderón, ninguno tiene interés en continuar la obra. En la construcción quedó chorreado el planché del segundo piso y las paredes a media altura.

13.3- El nacimiento de la reforma social

Al modificarse su proyecto político, con el comienzo de la Segunda Guerra Mundial, el presidente Calderón Guardia considera necesario establecer nuevas objetivos. Hace el conocido viaje de "presidente electo" a los Estados Unidos, para estrechar relaciones con el presidente Roosevelt, que ha impulsado poco antes la nueva doctrina de su gobierno del New Deal, que contiene, entre otros, un conjunto de acciones tendentes a fortalecer las políticas de bienestar de los trabajadores, como una forma de antagonizar la ofensiva mundial del comunismo. Por su iniciativa, el Congreso aprobó la Ley de Seguridad Social, en 1935, con amplio conjunto de medidas sobre riesgos profesionales, invalidez y vejez, salud pública y apoyo a grupos de riesgo, excepto los programas de atención médica, que ya estaban en manos de los seguros privados. Su visita logró el apoyo financiero indispensable para su administración.

Hay tres proyectos presentados por sus colaboradores que adquieren atención inmediata del presidente Calderón, por su importante impacto nacional.

El primer proyecto fue la creación de la Universidad propia, que termine con la obligada migración de estudiantes al exterior, que por las grandes limitaciones económicas y culturales, produce una muy negativa e iniquitativa selección entre los jóvenes que no pueden estudiar en el exterior. Una misión técnica chilena había realizado, a solicitud del gobierno de Costa Rica, un estudio del estado de la educación costarricense. Para el nivel universitario estaba hecho, razonado hasta justificado, desde 1938, el estudio elaborado por el experto Luis Galdámes, para crear la Universidad Autónoma de Costa Rica y se elaboró también el correspondiente proyecto de ley, que no se le dio seguimiento porque, ante el conflicto ideológico siempre presente, hizo decir que el término "autónoma" provocaría que "esa Universidad iba a ser una fábrica de comunistas (...)" y no se tramitó. El Lic. Luis Demetrio Tinoco, que había sido Oficial Mayor en el Ministerio de Educación, lo hace del conocimiento del presidente Calderón, quien lo nombra su Ministro de Educación y lo remite al Congreso Nacional. Tres meses después está aprobada la ley para crear la Universidad de Costa Rica, que si bien perdió el título de autónoma, lo recupera con creces por el rango que luego le da la Constitución Política.

La segunda propuesta la recibe del estudiante de derecho Oscar Barahona Streber, quien por su iniciativa había profundizado en el campo jurídico laboral, especialmente en la obra de jurista mexicano Mario de la Cueva, que escribió su propuesta del Código de Trabajo, apoyado en el artículo 123 de la Constitución de Querétaro de 1917, en México. El joven Barahona le propone al presidente Calderón establecer un Código de Trabajo, que satisfacería la solicitud hecha por la OIT al apoyar el establecimiento de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, que el gobierno de Costa Rica hizo en 1927. Se recurre al nombramiento de una Comisión Redactora, asentada por el Decreto No 5 del 12 de Mayo de 1942, presidida por el Lic. Miguel Brenes Gutiérrez, que después será Ministro de Trabajo en la próxima administración del presidente Picado. Además, Barahona propone y se encarga de la redacción para la introducción de un capítulo especial en la Constitución Política para consolidar tanto el Código de Trabajo como el establecimiento de los seguros sociales, con la propuesta del capítulo llamado de Garantías Sociales.

La tercera propuesta la hace el Lic. Guillermo Padilla Castro, que conocedor de las condiciones sociales, le propone al presidente Calderón establecer un seguro social, en vista de las necesidades que bien ha conocido en el Patronato Nacional de la Infancia. En vista del total desconocimiento en el medio de la materia, el Lic. Padilla sugiere hacer una visita de estudio a Santiago de Chile, donde su amigo, el Dr. Miguel Etchebarne, es el director del Seguro Obrero Obligatorio. Recibe autorización y emplea los primeros meses de 1941 para elaborar, con los consejos del Dr. Etchebarne, un proyecto de ley. Regresa el Lic. Padilla y su proyecto es consultado al Gerente del Banco de Seguros, Lic. Tomás Soley, quien le da su opinión negativa porque "por una excesiva generosidad de miras del proyecto de los Seguros Sociales, al traducirse en la práctica, correrá graves riesgos de topar con el muro de las imposibilidades económicas". Por su parte, el Sr. Horacio Castro y el Ing. Raúl Gurdián, Gerente del Banco Nacional, le dan su apoyo. El primero le dice en su carta: "El trabajo me parece excelente y su implantación en Costa Rica es una innovación avanzada que hará recordar con gratitud a su iniciador" y sugiere prudencia en la extensión, en vista del desconocimiento en el medio.

El 14 de Julio de 1941, el presidente Calderón envía el proyecto con una presentación del Ministro Francisco Calderón, que invoca la necesidad de su aprobación y los principios cristianos de justicia social y las Enciclicas Papales, para crear la Caja Costarricense de Seguro Social, con sus regímenes de Enfermedad y Maternidad y de Invalidez, Vejez y Muerte. De inmediato se levanta un coro de oposición. Los empleadores alegan que la situación económica provocada por la guerra en Europa, que ya lleva dos años, no dan margen para aumentar el gasto que representa la cuota patronal. Los trabajadores y algunas organizaciones pronto se manifiestan en contra, porque sienten el pago de la cuota obrera como una disminución de un salario, ya magro por sí, a cambio de la promesa de una institución y un servicio que nunca antes han visto. El cuerpo médico también le da un monolítico rechazo y alega que de extenderse el derecho a los servicios, se disminuiría la práctica privada, que constituye el ingreso principal de los médicos. El Ministro de Salubridad, Dr. Luján, muestra preo-

cupación por la interferencia en las funciones de su Oficina. Sin embargo, el Partido Comunista, que había sido muy cauto al inicio, termina dándole su apoyo. Se consultó también el criterio del Arzobispo de San José Monseñor Sanabria, que le da su total respaldo por encontrarlo compatible con la posición derivada de las Encíclicas papales.

La discusión en el Congreso comienza a alterar el texto y en noviembre de 1941, se aprueba la ley que establece la Caja Costarricense de Seguro Social, con modificaciones al proyecto original: a saber: a) desaparece la autonomía institucional y se transforma en una entidad adscrita al Poder Ejecutivo; b) sus programas de ampliación deben ser autorizados por el Presidente; c) los recursos financieros institucionales serán administrados por una Comisión Especial, constituida por el Gerente del Banco de Seguros, El Gerente del Banco Nacional y el Ministro de Hacienda; d) el beneficio del seguro de enfermedad se autoriza solo para los trabajadores con salarios hasta de 300 colones mensuales.

La habilidad política del presidente Calderón estuvo en interpretar todo este conjunto de elementos como un proceso de cambio que requería un tiempo indispensable para su consolidación y desarrollo de sus acciones bajo ese postulado. En Enero de 1942, con un "préstamo de diez mil colones autorizado por el Poder Ejecutivo" para los primeros gastos administrativos, nombró la primera Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y coloca reconocidas figuras del medio político y social de la colectividad, de modo que actuaran como un sedante en su accionar: Presidente Lic. Octavio Beeche, ex candidato presidencial; Lic. Arturo Volio y Lic. Juan Rafael Arias, ex presidentes del Congreso Nacional; Lic. Carlos Orozco, ex diplomático y Dr. Francisco Cordero Quirós, médico graduado en París, ex diputado; Gerente, Lic. Julio Acosta, ex Presidente de la República, ex ministro en varias Secretarías, ex Presidente del Banco Crédito Hipotecario, ex diputado por tres períodos; Subgerente, Lic. Guillermo Padilla Castro, quien conocía a fondo el proyecto. Esta Junta se dio a la tarea de iniciar la organización administrativa-económica de la institución y programar una intensa campaña de difusión y explicación de sus propósitos, de modo que se lograra obtener el respaldo popular. Se encargó la Oficina de Información a Oscar Barahona Streber, que concluiría sus estudios de Derecho. Se solicitó apoyo técnico especialmente en el campo actuarial y financiero a la OIT y al Seguro Social de Chile, que mantuvieron asesoría permanente hasta 1947; en el país colaboró muy eficientemente el actuario nacional, Lic. Walter Dittel. Las relaciones con el Ministro de Salubridad, Dr. Mario Luján fueron de gran suspicacia en el primer tiempo, hasta que se logró aprobar la ley No. 17 que estableció la nítida separación de funciones entre la Caja de Seguro Social y el Ministerio, ratificada también en el Reglamento de la Caja, lo que aseguró su futura colaboración. Para la filiación de cada asegurado, se requirió examen físico, serología por lúes, hemograma, heces y orina y radiografía de tórax, dada la incidencia de tuberculosis.

La oposición del cuerpo médico fue muy firme desde el primer momento y encuentra en la prestación de servicios sus primeros escenarios de conflicto. El director de servicios médicos es el Dr. Julio César Ovares, que en el segundo semestre del año 42 logra obtener un contrato de arriendo del Salón Arrea del Hospital San Juan de Dios, para colocar los pacien-

tes asegurados, todos hombres jóvenes ya que, con excepción de las maestras, las mujeres trabajadoras prácticamente no existían. El hotelaje se provee por 1,25 colones diarios y los servicios médicos se facturan por "honorarios profesionales" en cada caso y las recetas se despachan en las farmacias particulares. Los Drs. Esteban López y Leonida Poveda, se encargan de la vigilancia de los hospitalizados. Pronto surgieron las dificultades en esta modalidad de compra de servicios: los montos de los honorarios profesionales eran muy altos y los precios de los medicamentos mayores que por compra privada, lo que rápidamente lleva a la Junta Directiva a la conclusión de la necesidad de disponer de servicios propios. La experiencia nacional en nada fue diferente de la de todos los países latinoamericanos. Al cerrar 1942, la Caja había empadronado 888 patronos con un total de 14.113 asegurados directos y había atendido 1.566 pacientes. Arrendó un modesto local en la Av. 3, para establecer una consulta externa.

Tan pronto se aprobó la creación de la Caja y se inició la relación con el Hospital San Juan de Dios, varias Juntas de Protección Social que con grandes dificultades sostenían sus nosocomios en provincia, encabezadas por las de Heredia y Alajuela, inician un movimiento para que la Caja se haga cargo de sus hospitales. La Junta de Protección Social de San José lo percibe, reacciona y logra anular la iniciativa, pero no puede evitar que la de Turrialba siga su gestión. Para esa época, Turrialba es un aislado valle, en la región atlántica, muy productivo de café y caña, que sólo dispone de un tren en la mañana hacia el este y otro en la tarde hacia San José. Un empleado de la Municipalidad, William Allen, inició el movimiento para levantar un hospital local y logra el terreno y una modesta instalación que, por acuerdo y conversaciones con los finqueros, encabezados por la familia Jiménez, tiene como financiamiento una cuota en efectivo proporcional al número de trabajadores de cada uno y otra contribución de cada peón y empleado del comercio local, que también participan en la iniciativa, retenidas por el empleador y reintegradas a la caja del hospital. La Municipalidad cotiza como empleador y costea la atención de los indigentes. A cambio, el hospital atenderá a los contribuyentes, sus esposas e hijos. De hecho, organizó "un seguro" local, de cobertura familiar y universal. El acuerdo se estableció, por ley, el 14 de Mayo de 1929. Perdió Allen su vida en un conflicto personal y le dieron su nombre al hospital. Los interesados turrialbeños continuaron las gestiones ante la Caja para la gestión de traspaso y el 4 de abril de 1943, en la sesión No. 145, artículo 2, la Junta Directiva traspasa a su patrimonio el hospital de Turrialba; acepta también la solicitud de la comunidad de mantener en su puesto al único médico encargado, Dr. Sótero Antillón. Lo significativo de este acuerdo es que la Caja asume la operación de sus primeras camas localizadas en área rural y con una modalidad de seguro familiar y universal antes que abriera estas formas de cobertura en el área urbana y abriera las primeras camas en su Hospital Central, dos años después.

La Caja carecía de un local adecuado para instalar sus propios servicios. El Dr. Mario Luján, Ministro de Salubridad, le propone al presidente Calderón traspasarle a la Caja el edificio inconcluso y abandonado del proyecto de la Casa de la Madre y del Niño. Ambas partes aceptan la propuesta y la Junta Directiva se da a la tarea urgente de terminar el edificio.

A fines de 1944, se abre el Policlínico como una amplia Consulta Externa y en 1945 se habilitan las primeras 29 camas de Cirugía, del llamado Hospital Central, con el Dr. Enrique Berrocal nombrado como Jefe de Cirugía y el Dr. Mariano Durán, Jefe de Medicina. Muy pronto después de iniciado el conflicto por los medicamentos, la Caja decidió iniciar su compra al por mayor, lo que le produce un conflicto con las farmacias privadas. El consejo del Dr. Gonzalo Gonzáles, que luego sería el Decano de la Facultad de Farmacia de la joven Universidad de Costa Rica, ayudó a establecer el primer programa de compras.

La administración Calderón espera un momento oportuno para modificar la Ley Constitutiva de la Caja y restituirle lo que perdió en su aprobación original. La oportunidad se presenta cuando los diputados ya están involucrados en la próxima campaña electoral. En Noviembre de 1943, se modifica la Ley y se le devuelve la original estructura incluyendo su autonomía y aunque se argumenta fuerte, la presión del cuerpo médico mantiene el tope salarial, que se aumenta a 400 colones mensuales.

Este mismo año, 1943, en el seno de la Junta Directiva se analiza la difícil situación de la vivienda de los trabajadores, cuya carestía es crítica pero su construcción nadie emprende. Abre la Caja la construcción de conjuntos de vivienda que se llamaron "casas baratas", porque se adquirían con un crédito a largo plazo. Se levantaron tanto en San José como en provincia. Luego haría varios proyectos de multifamiliares, como el primero llamado Dr. Calderón Muñoz. Para este efecto la Caja estableció su propio Departamento de la Vivienda. Cuando en 1953, en la administración Figueres, se aprueba la Ley Constitutiva del Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo, su personal inicial fue el Departamento en pleno de la Caja traspasado al INVU.

Ante la perspectiva de la consolidación del Seguro Social, los médicos concretan su resistencia y fundan en setiembre de 1944, uno de los primeros sindicatos médicos en América Latina: la Unión Médica Nacional, que presidió el Dr. Antonio Peña Chavarría, graduado de la Universidad de Bogotá, Colombia. Es de destacar que siendo el 20% de los médicos nacionales graduados de las Universidades de Lovaina y de la Libre de Bruselas, no aparece ninguna discusión conceptual sobre el establecimiento de los seguros sociales. En los estatutos de la UMN se consigna "la defensa de los intereses económicos y sociales de sus miembros y enaltecer el ejercicio profesional" y desde su sesión inaugural se reconoce la existencia de una situación de conflicto de intereses con la Caja de Seguro Social y se justifica el tope excluyente. Unos meses después se produce la visita del Dr. Peña a la Junta Directiva de la Caja, para reiterar que no habrá una oposición sistemática al Seguro Social, excepto la defensa de los intereses económicos de los médicos.

En 1946, la población cubierta por el régimen de Enfermedad y Maternidad era de unos 47 mil trabajadores, de salario menor a los 400 colones mensuales, con tendencia a extenderse hacia el área rural. El final de la guerra europea y la reanudación de la exportación de café generan una mejora en la situación económica y muchos de los empleadores que habían objetado la implantación del seguro, ahora solicitaban su extensión. Se pidió criterio al actuario Aladar Metall, de la OIT, quien dio pautas de orientación, pero hizo ver que la ex-

tensión a los grupos económicamente más débiles, cuya cuota era la más baja frente a sus mayores necesidades, crearía un déficit de operación a corto plazo, por lo que sugería hacer un aumento del tope salarial a mil colones. Así lo hizo la Junta Directiva y de inmediato la Unión Médica Nacional provocó una renuncia colectiva de todos los médicos empleados por la Caja, lo que provocó una crisis aguda de falta de atención en el Hospital Central. En la realidad fue la primera huelga médica que presenció nuestra sociedad y que obligó a revocar el acuerdo dentro de las 72 horas siguientes. Ante la situación, el Gerente Lic. Arturo Volio y el Director, Dr. Francisco Cordero, presentan su renuncia y tres meses después lo hará el Subgerente Lic. Padilla Castro.

Para 1948, la CCSS cubre 52.750 trabajadores de una población total de 766 mil costarricenses: el 20% de la PEA y el 7% de la población total. Al promediar abril de ese año, José Figueres inicia en Cartago, con sus colaboradores, los preparativos de lo que sería la última etapa de su movimiento armado sobre San José, que hace prever muy graves consecuencias. En las reuniones que ya una Comisión Mediadora celebraba en la Embajada de México, el Lic. Manuel Mora le solicita al Padre Benjamín Núñez concertar una entrevista privada suya con Figueres, para saber el criterio de don Pepe, en vista de los rumores que la reforma social podría transformarse en "botín de vencedor" y anularla. A la noche siguiente se encuentran en el Alto de Ochomogo, don Manuel acompañado de Carlos Luis Fallas y Figueres del Padre Núñez. A su pregunta, don Pepe le reitera que su movimiento no se hizo con ese objetivo y que por lo contrario, se fortalecerá. Esa declaración haría cambiar el apoyo político y pocos días después se instala la Junta de Gobierno. Don Manuel Mora tuvo luego muchos años de vida para ver cumplida la promesa de Figueres y comprobar que realmente había un proyecto de mayor envergadura.

La Junta de Gobierno le encarga la cartera de Salubridad, al tisiólogo Dr. Raúl Blanco Cervantes y la Gerencia de la Caja, al profesor Miguel Ángel Dávila. El Dr. Blanco, ante la carencia de médicos en área rural, establece el Servicio Social Obligatorio, después del año de internado. Se reorganiza financiera y administrativamente la Caja, el hospital Central ya tiene 125 camas y están abiertos los dispensarios para consulta externa en las cabeceras de provincia. En ese marco conceptual, los hospitales constituían los grandes promotores de la salud y el Dr. Blanco impulsa la construcción del Hospital para Tuberculosis y los planos para los hospitales de San Ramón, Grecia y Liberia. Coincidentemente se inicia el regreso de una buena cantidad de jóvenes que salieron años antes a estudiar medicina a las universidades latinoamericanas, en especial a México. En vista también de la prioridad de concederle las plazas de médicos internos para los nacionales en los hospitales mexicanos, no fue difícil para la gestión oficial lograr que los estudiantes costarricense vinieran a hacer su internado al Hospital San Juan de Dios y luego regresaran para su servicio social y graduación. Así el Hospital San Juan de Dios tuvo numerosos médicos internos, que aunque no estuviesen graduados, nadie cuestionó la ayuda que representaban.

En 1949, asume funciones el Presidente Ulate y nombra Ministro de Salubridad al Dr. Carlos Sáenz Herrera, quien ya era Jefe de Pediatría del Hospital San Juan de Dios. En 1951,

se da la reorganización y claro fortalecimiento de las funciones del Ministerio de Salubridad: se crea una Dirección de Salubridad, a cargo del salubrista Oscar Vargas Méndez, para las acciones administrativas y de prevención, y la Dirección General de Asistencia, para supervisar administrativa y financieramente todos los hospitales a cargo de las Juntas de Protección Social. Se organiza también el Consejo Técnico de Asistencia Médico-Social, integrado por los delegados de las Juntas y presidido por el Director General de Asistencia, que asume el primer médico en dedicarse a tiempo completo a la administración, el Dr. Fernando Escalante Pradilla, graduado del Bologna, Italia. Se elaboran y firman los primeros contratos entre la Caja y las Juntas, supervisados por esta Dirección, para la compra de los servicios de hospitalización provistos para los asegurados y cancelados por estancias por la Caja.

En este momento, tanto el San Juan de Dios como el Central ya son hospitales que empiezan a definir su identidad propia. Ambos tienen su propia biblioteca y sus propias actividades científicas: las sesiones anatomo-clínicas y las clínicas una vez por semana. La mayor parte de los médicos del Central todavía pertenecen al San Juan de Dios, pero se empieza a construir una identidad propia para la Medicina de la Seguridad Social. Se inicia con cursillos de refrescamiento, que son repasos de los principales temas clínicos, pero con la característica de un hospital que hace una discusión clínica de grupo. Comienzan a aparecer normas y criterios para hospitalización y de la consulta externa, o de los dispensarios periféricos, para las referencias, control y seguimiento de los casos, para abreviar estancias, para valorar resultados, para definir características de las especialidades, mantener tratamientos e identificar y resolver problemas. Los médicos de provincia, que refieren pacientes, comienzan a ser invitados para compartir criterios y era frecuente que el salón de la biblioteca resultara pequeño. También comienzan a diferenciarse los tres sistemas asistenciales que tiene la comunidad: el que provee el Ministerio orientado a las acciones todavía muy tradicionales de prevención individual y colectiva; el que proveen las Juntas de Protección Social, que empiezan a mostrar limitaciones importantes en recursos materiales y humanos, y los servicios de la Caja puestos a disposición de los asegurados . Las diferencias empiezan pronto a hacerse notorias en los tratamientos de los hospitalizados, en que el contrato con la Junta provee al asegurado de cambio de ropa, mejor alimentación, visita médica y medicamentos, que no siempre lo están para los de caridad.

Al terminar la administración Ulate, la Caja cubre 71.800 trabajadores, el 24% de la población económicamente activa (PEA) y 7.5% de la población nacional.

13.4- El desarrollo del Seguro Social

En 1953, inicia José Figueres su segunda administración, con su modelo socialdemócrata. Su primer Vice Presidente es Dr. Raúl Blanco Cervantes y su Ministro de Salud, Dr. Rodrigo Loría, ya orientado a la pediatría. En la Caja de Seguro Social, asume la presidencia de la Junta Directiva, ex oficio, el Ministro de Trabajo Lic. Otto Fallas y es nombrado director el Lic. Alfonso Carro. Desde el primer momento la política institucional es aumentar la cobertu-

ra, en el área rural, en el seguro de salud y empezar a forzar la afiliación en el seguro de pensiones, que todavía seguía siendo opcional. Pronto también se inician los estudios para incorporar paulatinamente a la familia del trabajador, la esposa o compañera, a los hijos menores de 9 años y a los padres si son dependientes del asegurado. Estas dos decisiones son excepcionales, por lo tempranas, para los seguros sociales de este continente, tanto la extensión rural y la incorporación de la familia. Ya la Caja comienza a marcar un liderazgo. El Hospital Central cambia dramáticamente, puesto que no solo se incrementa la demanda de camas y se intensifica el sistema referencial, sino que la llegada de las mujeres, con patología propia o en las nuevas camas de ginecología y obstetricia, los recién nacidos y las camas de niños, le dan un nuevo perfil al hospital y a los servicios. La crisis de espacio se empieza a hacer notoria y el apoyo en los hospitales provinciales es cada vez más importante. Comenzamos a hablar de un nuevo hospital, que reúna tres condiciones: a) espacio; b) nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento; c) docencia, para crear un pensamiento clínico e institucional de equipo, con homogeneidad ideológica hacia la seguridad social. En el segundo semestre de 1953, los médicos de pensamiento institucional fundamos el Sindicato de Profesionales de Ciencias Médicas de la Caja, SIPROCIMECA, que llenara dos objetivos: a) el apoyo al sistema del seguro social para forzar su extensión tanto horizontal como vertical; b) la defensa de nuestros derechos como trabajadores del sistema, que estaba estructurando su marco propio de relaciones laborales.

Nueve meses después de comenzar la administración, el Dr. Blanco, Primer Vice Presidente y el Dr. Loría, Ministro de Salubridad, son recibidos por la Junta Directiva de la Caja, en su sesión No. 1319. El Presidente de la Junta Lic. Fallas hace notar "el interés de la Caja por conocer los planes gubernamentales en materia hospitalaria, así como el deseo que el Gobierno a su vez se entere a fondo de lo que esta Institución tiene en mente emprender". A su vez, el Dr. Blanco plantea lo contraproducente de sostener tres sistemas para un país geográfica y demográficamente pequeño, en vista de lo cual "se ha pensado en la conveniencia de crear una entidad formada por las tres instituciones que prestan asistencia médica (...) lo que se quiere es formar una especie de cooperativa de asistencia médica, que estudiaría las necesidades y organizaría las prestaciones por medio de sus hospitales y dispensarios". Hay muy amplio intercambio de opiniones. Pero lo que resulta sorprendente de la visita, es que se refleja claramente que hay una enorme distancia en la relación política y programática entre los funcionarios a cargo de las instituciones prestadoras de servicios del mismo gobierno. No se produjo ninguna acción de seguimiento.

El año 1956, el Ministro Dr. Loría anuncia que en vista de la complejidad de la materia, la poca experiencia nacional y la radicalización de posiciones, ha decidido contratar la firma Gordon A Friesen, asesora especializada en administración de servicios médicos, a un costo de un millón de colones y un año plazo, para recibir el mejor consejo. Vino el propio presidente de la firma, Dr. Friesen, que con 7 expertos en distintas disciplinas e hicieron un meticuloso trabajo. Al vencer el plazo, en un acto especial en la sala del Consejo Técnico del Hospital San Juan de Dios, se nos hizo entrega del excelente estudio, en 4 gruesos volúme-

nes. Pocos lo leímos y nunca se discutió. Pero mucho nos sirvió luego para organizar nuestros planes: ahí está el principio de la regionalización y del sistema hospitalario por niveles de complejidad.

Al terminar la administración Figueres, la Caja cubre 86 mil trabajadores, el 25% de la PEA y además, 72.300 dependientes familiares, con lo que completa una cobertura del 13% de la población, que en ese momento alcanza 1.176.480 habitantes. Cierra con un déficit de operación que se resuelve con una emisión de bonos, dejando en claro que el sistema de financiamiento es inadecuado y el tope excluyente.

Cuando el Lic. Mario Echandi Jiménez gana las elecciones para el período 1958-62, muchos pensamos que al desarrollo institucional no se le daría la misma importancia, pero fuimos gratamente sorprendidos cuando en su mensaje inaugural el presidente Echandi afirma la conveniencia de extender el seguro de enfermedad y "algún día cubrir a toda la población", para lo que se requiere mejorar el financiamiento de la Caja. Le pide a su Ministro de Trabajo Lic. Franklin Solórzano, iniciar los estudios en la Junta Directiva que presidirá, para justificar la modificación legal que corresponde para elevar el tope de cotización.

Este Congreso Nacional de 1958-62, es excepcional. Reúne, en calidad de jóvenes diputados, a la mayor parte de los líderes políticos nacionales de los próximos treinta años, incluyendo dos presidentes y más de una veintena de ministros. Además, la fracción del Partido Liberación Nacional tiene mayoría parlamentaria. Sabemos que dos de sus diputados tienen interés especial en el tema: Alfonso Carro y Enrique Obregón. De inmediato el Lic. Solórzano inicia los estudios actuariales correspondientes y a partir del año 58, hace varias visitas al Congreso Nacional para demostrar la conveniencia de modificar la ley y lo logra, aumentando el tope de 400 a mil colones y queda facultada para cifras mayores según sus necesidades. Ya para entonces los sectores sociales de los países habían hecho materia de estudio el impacto causado por Gran Bretaña cuando al llegar la paz, anuncia y abre su Servicio Nacional de Salud, cuya característica es la cobertura universal de la población, sin diferencias para recibir los servicios. Además, se ha publicado la Carta de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas, que establece en su artículo 22 el derecho de todos los ciudadanos a los beneficios de la seguridad social y en su artículo 25, el acceso universal a la atención médica. Y para colocar estos conceptos al alcance de los países en vías de desarrollo, Chile abre su Servicio Nacional de Salud en 1953, también de cobertura universal, cuando el Senado chileno aprueba el proyecto que le remite el Colegio Médico.

En ese momento, SIPROCIMECA, decidió profundizar en la materia. Logramos la visita del Profesor en Salud Pública de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, Dr. Benjamín Viel, que había estado muy de cerca en el desarrollo del proyecto chileno. Organizamos un curso de Medicina Social, durante una semana, con discusiones de grupo todas las mañanas en la biblioteca del Hospital Central y Asambleas de convocatoria abierta en las noches, en el auditorio del Colegio de Médicos. Discutimos con detalle los diferentes modelos de otros países e hicimos el análisis de la realidad nacional. Reiteramos nuestra convicción en el objetivo del pleno derecho individual y colectivo a la salud, mediante una política nacional.

Toda la información posible, tanto de la Caja como de parte nuestra y de la Comisión de Salud del Partido Liberación Nacional (PLN), fue trasmitida a los diputados interesados, en especial a Alfonso Carro y Enrique Obregón, quienes después del cambio del tope salarial, habían continuado estudiando y trabajando desde el punto de vista parlamentario la posibilidad de modificar la Constitución Política para universalizar la cobertura del régimen de Enfermedad y Maternidad de la Caja a toda la población.

El 1° de Mayo de 1961, el Congreso Nacional aprobó la modificación de la Constitución Política, agregando un párrafo al artículo 177, en que se establece que "La Caja Costarricense de Seguro Social deberá realizar la universalización de los diversos regímenes puestos a su cargo, incluyendo la protección familiar en el régimen de enfermedad y maternidad, en un plazo no mayor de diez años".

Sobre la marcha, SIPROCIMECA del cual era yo su Secretario General en ese momento, consideró conveniente realizar un seminario en tres noches consecutivas, para analizar las implicaciones de la reforma constitucional. La primera noche, el Lic. Jorge Brenes, de la Gerencia, hizo un análisis de las posibilidades, desde el punto de vista de la organización administrativa, para cumplir con la reforma. Enumeró los requisitos y concluyó en que no se tenían, la noche siguiente, el actuario Lic. Alvaro Vindas hizo el análisis de los recursos económicos y de organización requeridos y también concluyó que con el financiamiento del momento no era posible. El Secretario General se hizo cargo de enumerar los recursos técnicos, humanos y de estructura física necesarios para atender toda la población, 1.320.662 habitantes a esa fecha, y se enumeró con precisión la lista de carencias. Quienes se oponían a la universalización oyeron las conclusiones finales con satisfacción, por la imposibilidad. Quienes estábamos a favor, todavía más satisfechos, porque teníamos la lista completa de lo que había que realizar en los 10 años de plazo que nos concedía la reforma constitucional.

Al terminar la Administración Echandi, ya la Caja cubría el 28% de la PEA y el 20% de la población total. Los asegurados familiares exceden en 50% a los directos. Desde ese momento, la CCSS asume el liderazgo de desarrollo en relación a los demás seguros sociales de la región.

En Mayo de 1962, inicia su administración el presidente Francisco Orlich, en la certeza que el tiempo es más importante que en cualquier otro momento. Nombra como su Ministro de Trabajo al Lic. Alfonso Carro, quien de inmediato logra el apoyo técnico del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMS). Se inicia la construcción de las Clínicas Periféricas Dr. Moreno Cañas, de la Dr. Clorito Picado, de la Dr. Jiménez Núñes, de las Oficinas Centrales y de los Almacenes Generales, en la finca La Caja. Se crea una Comisión de Internados y Residencias para los médicos recién graduados y se inicia la formación de la larga lista de especialistas requeridos y se envían a México y a Chile, que también ofrece cooperación académica y clínica. La Escuela de Medicina de la UCR, que recién había abierto su primera matrícula de once alumnos, ve crecer el número de estudiantes año con año. Después de una lucha que tomó cuatro años, por fin se lleva la docencia médica, en 1966, con la apertura de los primeros cursos, en Cátedras Paralelas, en los campos clínicos de Cirugía, Medicina y Gi-

neco-Obstetricia del Hospital Central. Se abren dispensarios en todo el valle central y se crea el primer programa de Atención Integral en el Hospital de Turrialba, integrando los 5 dispensarios periféricos. Se reciben los planos y la asesoría técnica para iniciar, por fin, la construcción del hospital que luego se llamará México y se realiza la selección de los 65 especialistas requeridos en Medicina, Cirugía y Gineco-Obstetricia, para completar su operación. El Instituto Mexicano de Seguro Social los recibe como residentes para completar su formación clínica, con regreso programado al finalizar 1968. Con los primeros aguaceros de 1966, el presidente Orlich y su Ministro de Trabajo, Lic. Carro, colocan la primera piedra en la finca La Caja para iniciar la construcción del planeado nuevo hospital, con críticas por su ubicación lejana. Vienen especialmente al acto el Director General del IMS, Lic. Benito Coquet, el Director Médico del IMS, Dr. Ignacio Morones y se inicia un programa de capacitación administrativo preparatorio para la apertura.

Mientras en la Caja la actividad es constante, al comenzar esta administración un grupo de 23 médicos, de mayor prestigio político y profesional ligados al Hospital San Juan de Dios, encabezados por los ex ministros de salubridad Dr. Solón Núñez, Dr. Antonio Peña Chavarría y Dr.Rodrigo Loría, se dirigen al Ministro del ramo Dr. Max Terán, para hacer entrega del escrito, al que le dan gran difusión en los medios, para la unificación de los servicios médicos en un organismo nuevo, planteando tres alternativas: a) reunir todos los hospitales en el Ministerio de Salubridad aprovechando su experiencia, aunque se reconocía que el Ministerio tenía también otras funciones; b) centralizarlos todos en la Caja, pero se puntualizaba su limitada capacidad y experiencia provista por sus 513 camas del momento; c) crear una nueva institución "para ese fin específico

Dos meses después, el ex ministro Dr. Loría publica su proyecto de ley para crear el Servicio Nacional de Salud como una nueva institución autónoma, para asumir todas las funciones y responsabilidades "en atención médica preventiva, curativa y programas de rehabilitación", para lo que se le transferirían los patrimonios y todas las atribuciones, deberes y derechos de las propias leyes del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, de las Juntas de Protección Social, del Departamento de Prestaciones Médicas de la CCSS y la recaudación de las cuotas del régimen de Enfermedad y Maternidad, así como lo que corresponde a la atención de riesgos y accidentes de trabajo del Banco de Seguros. Este proyecto afectó los mayores intereses de todos las instituciones prestadoras de servicios y solo hubo alguna discusión inicial, que pronto se apagó. A esta publicación se agregó otra, con una proposición parecida, publicada por el Dr. Guido Miranda, pero utilizando a la Caja de Seguro Social como institución centralizadora de todas las acciones.

En Mayo de 1964, se inaugura el Hospital Nacional de Niños, que después se llamará Dr. Carlos Saénz Herrera, de casi 500 camas, construido al costado de la antigua cúpula del Hospital Siquiátrico y al cual inicialmente la Junta de Protección le provee vapor de su caldera y servicio de lavandería. Se construyó con asesoría técnica y cooperación financiera del Punto Cuarto del Gobierno de los Estados Unidos y fondos nacionales. Tan pronto inicia fun-

ciones, la Caja suscribió un contrato para la compra de estancias y algunos servicios de consulta externa, en vista de la creciente población infantil dependiente.

Al terminar la administración Orlich, la población de la Caja son 138.450 asegurados y 397.284 familiares, que constituyen el 31% de la PEA y el 34% de la población total. Ya la Caja es el Seguro Social más grande de Centroamérica y está preparando infraestructura física y recursos humanos para el empuje final.

La administración del presidente Trejos se inicia y mantiene un ritmo moderado, de acuerdo a su vocablo característico: "parsimonia". Su Ministro de Salubridad fue el cardiólogo del Hospital San Juan de Dios, Dr. Alvaro Aguilar Peralta. En la Gerencia de la Caja desde el año anterior hay un médico, por primera vez, el Dr. Fernando Escalante Pradilla, quien mantiene el ritmo rápido de acciones. También han sido electos diputados dos médicos: el Dr. Fernando Trejos Escalante, ex Director de Prestaciones Médicas y ex miembro de la Junta Directiva de la Caja y que para las elecciones de 1974 será candidato a la presidencia. El otro médico electo fue el Dr. Fernando Guzmán Mata, Jefe de Pediatría en el Hospital Dr. Max Peralta de Cartago y que para el período 74-78 será segundo Vicepresidente del Lic. Oduber. Por lo tanto, se trata de señaladas figuras profesionales y políticas, que antes de asumir sus curules, hacen juntos una visita a Gran Bretaña. A su regreso, presentan un proyecto de ley para crear el Servicio Nacional de Salud, para lo que proponen crear dos grandes divisiones en el Ministerio de Salubridad: la Dirección de Sanidad que asumiría todas las funciones administrativas y políticas de la oficina y la Dirección de Servicios Médicos, que se organiza con el traspaso de los hospitales de las Juntas de Protección Social, de la Dirección de Prestaciones Médicas de la Caja y lo que corresponde del seguro de accidentes de trabajo del Banco de Seguros; se traspasan también las rentas correspondientes. El Servicio Nacional de Salud estaría dirigido por un Consejo Superior de Salud, presidido por el Ministro del ramo, con sendos representantes del Consejo de Gobierno, de la Facultad de Medicina de la UCR, del Colegio de Médicos y Cirujanos, del sector patronal y del laboral, todos nombrados por el Consejo de Gobierno. Se mantendrían las Juntas de Protección Social como organismos de acción y colaboración comunal.

El proyecto pasó a estudio a la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa y los argumentos, a favor o en contra, fueron muy parecidos a los que recibió el proyecto anterior del Dr. Loría, con la diferencia que ahora se afectaba a una Caja de una importancia mucho mayor, que crecía a ojos vistas. Además, el Ministerio tenía una reconocida solvencia en sus programas preventivos, pero no tenía ninguna como administrador de hospitales, ya que la labor del Consejo Técnico de Asistencia había sido muy discreta. Además, los medios de información con frecuencia mencionaban los avances para la universalización, cuyo plazo ya estaba en la segunda mitad. El proyecto provocó inicialmente múltiples comentarios, sobre todo por su procedencia. En la realidad, ni se discutió formalmente.

Al comenzar esta administración, se inauguró el edificio de las oficinas centrales de la Caja y la Clínica Dr. Carlos Durán. El año 69, en marzo, se inaugura el Hospital México, dotado de los mejores recursos técnicos, e inicia la atención de consulta externa y en setiembre abre el funcionamiento de las 600 camas para internamiento.

Al terminar la administración Trejos, la Caja cubre 202.291 asegurados directos, el 38% de la PEA y 606.373 dependientes; como total, el 46% de la población del país.

13.5- El desarrollo de la universalización

En mayo de 1970, inicia Figueres su tercera administración y la universalización del régimen de Enfermedad y Maternidad de la Caja forma parte de su proyecto de gobierno, por lo que se le da la mayor importancia al nombramiento del equipo que lo desarrollará. Su primer Vice Presidente electo es el Dr. Manuel Aguilar Bonilla, que fungía como Jefe de Sección de Cirugía en el Hospital México. Nombró como su Ministro de Trabajo al Lic. Danilo Jiménez Veiga, quien hasta ese momento era el Representante Regional de la OIT para Sudamérica, con sede en Lima, Perú. Nombró como su Ministro de Salud al Dr. José Luis Orlich y pocos meses después nombra Gerente el Lic. Rodrigo Fournier, quien ya había estado en esa posición. El Dr. Guido Miranda deja la Jefatura de la Sección de Medicina y la Dirección de la cátedra de Medicina del Hospital México para asumir la Subgerencia, que a corto plazo se transformará en Sub-Gerencia Médica, para darle mayor rango a la administración de los servicios médicos. Tan pronto el equipo queda definido, el presidente Figueres lo reúne, incorporando algunos otros miembros del nivel superior tanto del Ministerio como de la Caja, donde hace la más importante de las indicaciones, que se transformará en una norma excepcional: *"Hay una sola población con el mismo derecho a la salud y nuestra obligación es hacerlo una realidad. De ahora en adelante para las dos instituciones, el Ministerio y la Caja, la universalización es una meta común y un solo propósito, con responsabilidades definidas, independientes o conjuntas, pero con el mismo objetivo. Quiero un trabajo conjunto"*. Con esa admonición el Presidente Figueres creó el primer Plan Nacional de Salud que por extensión estuvo vigente por 8 años. Borró una escena muchas veces vista, antes y después, dentro o fuera del país, el tradicional antagonismo entre los ministerios de salud y las instituciones de seguro social, que tanto perjuicio han hecho a la salud de las poblaciones a las que sirven. De ahí en adelante, tanto las oficinas de los dos ministros como la del gerente de la Caja, fueron espacios para un trabajo integral que empezó a planearse.

El estudio económico que había realizado el Departamento Actuarial de la Caja nos había dado gran satisfacción, porque demostraba que el 65% de la población era potencialmente asegurable por ser asalariada, un 25% adicional calificaba como independiente y con ingresos para ubicar las dos terceras partes en los tres quintiles inferiores; el otro 10% calificaba como indigente, sin ingresos u ocasionales. Por otro lado, el 40% de los presupuestos de los hospitales de las Juntas de Protección Social ya eran financiados con la compra de estancias de la Caja y el resto, la subvención del Estado y las rentas propias, lotería, impuesto

de ventas y timbre hospitalario, eran sumas suficientes para financiar el grupo no contributivo.

Por otra parte, era indispensable crear un marco legal nuevo, que estableciera las bases para la implementación de los nuevos programas, manteniéndolos dentro de los respectivos ordenamientos institucionales, en donde la separación pública y del destino específico de los fondos de la Caja, había que hacerlo meticulosamente, para que no diera pie a comentarios negativos que sabíamos estaban latentes. El trabajo fue intenso y muy productivo; sin lugar a dudas, la experiencia del ministro Jiménez y la perseverancia del ministro Orlich en la Asamblea Legislativa rindieron óptimos resultados.

En conjunto y para la pertinencia del proyecto de universalización del régimen de Enfermedad y Maternidad y la adecuación correspondiente de ambas instituciones, se aprobaron 9 leyes en un lapso de 3 años:

1.- Ley No. 4750, aprobada en marzo 71, modifica la Ley Constitutiva de la Caja, autorizando la ruptura total de topes y abre la cotización por monto total de salario; autoriza el empadronamiento de trabajadores independientes; permite coadyuvar en la atención médica de indigentes, accidentes de trabajo y en programas de medicina preventiva; regula la inversión de reservas de la Caja en el Banco Central; modifica las leyes respectivas al autorizar la contratación de médicos extranjeros por inopia de nacionales; regula la jornada médica, número de puestos y horarios laborales. Al mismo tiempo, por modificación del Reglamento de IVM, el derecho de pensión se extiende a todos los asegurados y se abrió un programa escalonado en dos años para suprimir del todo los topes de cotización.
2.- Ley No. 4760, aprobada en abril de 1971, crea el Instituto Mixto de Ayuda Social. El presidente Figueres hizo de la lucha contra la pobreza otro de los objetivos prioritarios de su gobierno y esta nueva institución se hará cargo del desarrollo de los programas respectivos.
3.- Ley No. 4742, aprobada en junio de 1971, modifica y fortalece la cúpula gerencial de la Caja, al crear la Gerencia General y dos Sub-Gerencias: la Médica y la Administrativa. De inmediato el Gerente Lic. Rodrigo Fournier y el Subgerente Dr. Guido Miranda renuncian a sus posiciones y son nombrados Gerente General y Subgerente Médico, respectivamente; la Lic. Carmen Naranjo se nombra Subgerente Administrativa.
4.- Ley No. 5349, aprobada en setiembre de 1973, aunque se llama Ley para Reorganizar los Servicios Médico-preventivos con base en la CCSS, se la conoce de modo familiar como "del traspaso de los hospitales" y que comentaremos mas adelante.
5.- Ley No. 5395, aprobada en octubre de 1973, fue preparada por el grupo del Ministerio y se la conoce como la primera Ley General de Salud.

6.- Ley No. 5412, aprobada en noviembre de 1973, también elaborada en el Ministerio, describe la estructura interna considerada conveniente para su nueva función y le da su nuevo nombre.
7.- Ley No. 5507, aprobada en marzo de 1974, creó la figura de las Presidencias Ejecutivas en las instituciones autónomas, con el propósito de incorporarlas con mayor plenitud a los programas del gobierno. Desaparece en la CCSS el Ministro de Trabajo como Presidente ex oficio de la Junta Directiva, para que las funciones las asuma el Presidente Ejecutivo y se nombra al Lic. Jenaro Valverde Marín, economista.
8.- Ley No. 5525, aprobada en marzo de 1974, establece el marco legal del programa de planificación nacional.
9.- Ley No. 5662, aprobada en diciembre de 1974, de Asignaciones Familiares, establece un fondo económico constituido con el 5% aportado por los patronos sobre la planilla mensual, que recauda la Caja y de la cual se financian los programas de asistencia del sector social, los programas de nutrición de los centros escolares, del IMAS, del PANI, de Inciensa, del INA, de tierras para campesinos y para los asilos de ancianos; un 20% financia el régimen no contributivo de pensiones, cuya administración se le encarga a la Caja.

El programa iniciado en esta administración no se refería solo a universalizar los servicios de atención médica; hay implícito un concepto integral de salud y desarrollo social, que unido a los demás programas, produjeron una auténtica política de seguridad social que induce una transformación radical de la sociedad costarricense. Un excelente indicador es la posición que ocupa entre los 30 países de más alto Índice de Desarrollo Humano (IDH) de las Naciones Unidas.

La elaboración de un Plan Nacional de Salud, en 1971, que reúne los esfuerzos del Ministerio de Salud y de la Caja, fue una extraordinaria decisión que sinergizó los recursos, justificó la repetición del Plan y mantuvo una política definida hasta 1980. Inicialmente en las dos instituciones la integración de acciones fue tal que no hubo mayores inconvenientes y a partir de 1982, se creó una política de integración de plantas físicas y de programas que fueron muy importantes para aliviar los problemas de ese momento. Además, sentaron las bases para la decisión final de adjudicarle al Ministerio su rol rector y por transferencia del personal y programas, realizar en la Caja de Seguro Social la integración del primer nivel de atención, en los EBAIS. Sin embargo, no se tomaron todas las previsiones para garantizar la continuidad y la efectividad de las acciones que con tanta experiencia desarrolló siempre el Ministerio y su acelerado traslado a la Caja ha producido un debilitamiento de este primer nivel y secundariamente, reducido la participación de las comunidades.

La creación de la rectoría del Ministerio de Salud es absolutamente indispensable para la Caja. Son el complemento de uno y otro. El MINSA debe desarrollar su rol rector, para establecer las políticas y su evaluación en el Consejo Nacional de Salud, que toma decisiones vin-

culantes para los organismos ejecutores. La fortaleza del Ministerio y del Consejo son sus escudos de dirección de acción y defensa de sus integrantes. Es ahí el sitio donde se elabora el Plan Nacional de Salud, se implementa técnica y financieramente, para dar origen a los planes de organización de la infraestructura y equipamiento de acuerdo a los niveles de atención y a los recursos humanos requeridos para su operación.

El traslado de los hospitales, iniciado en 1974 y para los efectos concluido en setiembre de 1977, fue decisivo para el aprovechamiento de los recursos con la creación del Sistema Hospitalario Nacional, el planeamiento y la construcción de la planta física requerida para sustituir la antigua y ampliar y satisfacer la demanda con un programa de construcciones muy amplio y la mejor adaptación al perfil de morbimortalidad de las comunidades servidas. Para los efectos del proyecto nacido treinta años antes, la administración del presidente Daniel Oduber representó la consolidación del proyecto de la universalización de la Caja Costarricense de Seguro Social, tanto por la organización lograda, como por la cobertura y por la estructuración del modelo.

Sin lugar a dudas, la crisis del petróleo iniciada justamente en esos años, introdujo condicionantes totalmente desconocidos hasta ese momento. La importancia de los factores financieros, nacionales y externos, que gravitan sobre el país, coloca este tema como una prioridad indiscutible. Y como si fuera poco, la situación internacional se complica con el triunfo del Movimiento Sandinista en la vecina Nicaragua, que vendría a agregar también un componente militar, que por momentos se lo consideró desequilibrante. De ahí que la justificada evaluación que debió haber seguido al término del proyecto de universalización cedió espacio a las nuevas condiciones. En 1989, en un seminario conjunto de todas las organizaciones de salud, realizado en el Colegio de Médicos y Cirujanos, se estableció la conveniencia de iniciar un proceso de reforma del Estado Costarricense, del cual el Sector Salud era uno de los principales protagonistas. En efecto, al iniciarse la administración Calderón Fournier, en mayo de 1990, se establece la Comisión de Reforma del Estado Costarricense, que a partir de 1993 daría base al inicio del proyecto, contando con financiamiento tanto del BID como del Banco Mundial, para ese propósito.

En la realidad, la Reforma del Sector Salud como proyecto integral, tiene ya 10 años de ser tema prioritario en los gobiernos de turno, pero su progreso ha sido pobre. Aunque establecida la regionalización desde el 71, todavía no se ha logrado desarrollar el sistema de niveles de atención de complejidad progresiva, ni un mecanismo referencial y contrareferencial eficiente, que termine con las listas de espera a nivel de los hospitales. Además, el fortalecimiento esperado de los hospitales regionales y de apoyo no se ha dado, con lo que se mantiene la alta migración, con los problemas subsecuentes, a los hospitales nacionales. Esta deficiencia se hace más grave por la distorsión de costos que produce y la incapacidad en descentralizar los recursos humanos. Tampoco se ha dado la transformación de las Clínicas Periféricas en unidades intermedias de atención, provistas de sus respectivas especialidades llevadas a la periferia desde los hospitales, para garantizar su supervisión.

El programa de Atención Primaria basado en el desarrollo de los EBAIS constituyó prácticamente el eje central de la Reforma. Sin embargo, con ese propósito de arranque y con financiamiento específico desde el inicio para esa finalidad, a junio del 2002, el número de unidades para el país se mantenía en 710, aunque ya el Censo de Población de hace dos años determinó el requerimiento de una cifra mayor, si se mantiene el indicador de máximo 4 mil habitantes por unidad. Por lo demás, de los 621 EBAIS funcionando, solo 408 se considera realmente consolidados, aunque 332 están instalados en infraestructuras no propias, 191 carecen del equipo completo y 54 adolecen de la dotación humana requerida.

El crecimiento de la población propia y migrante y el sistema de demanda abierta seguirá haciendo crecer los costos institucionales, sin lograr la satisfacción de los usuarios. Aún con la tecnología disponible, tampoco se ha logrado un sistema para identificar y afiliar a los trabajadores independientes, de modo que tanto se les garantice el servicio, como colaboren en los costos de atención. Tampoco hay clara identificación de la población que se califica de asegurados por el Estado, que a ciencia cierta no están debidamente clasificados y su atención es mezcla de evasión y falta de pago. Lo que es más serio, es que esta consulta informal que resuelve muy poco, representa un tercio del total de las atenciones dadas ambulatoriamente.

Los problemas derivados de la afiliación de la población siguen siendo muy importantes, tanto por el índice de evasión que se presenta, como por la subdeclaración salarial en la planilla, que como es sabido, debe contar con la complicidad del trabajador. De igual manera sigue aumentando la modalidad de trabajo por tarea, lo cual evade el pago de las obligaciones con la institución y acrecienta la disminución de derechos de los trabajadores. La importancia de estas acciones sigue teniendo una doble consecuencia, ya que afecta los dos regímenes que los cubren.

Dentro de este conjunto de problemas y amenazas, es evidente que se mantiene la debilidad de política institucional para las relaciones con su personal, así como la orientación general en la formación del resto de los recursos humanos para todo el sector y la identificación de éste con su institución contratante. Han sido muy característicos los que se refieren al cumplimiento de horarios, productividad y cuidado del patrimonio institucional, que los convenios de gestión ni siquiera consideran. En la última década, se han agregado dos factores de una muy importante gravedad: la docencia privada con la introducción incontrolada de centenares de estudiantes en los centros de atención y los proyectos de investigación y ensayo de medicamentos en los pacientes, sin que en ninguno de los dos la Caja tenga posibilidad de cuantificar en sus reales dimensiones, ni mucho menos de normar o regular. Estos dos elementos producen un muy marcado deterioro de la imagen que el paciente tiene de su institución responsable de su atención, que queda postergada a un segundo lugar frente a los intereses espurios e inmediatos generados por los beneficios económicos de esas otras actividades en los servicios asistenciales.

Se hace indispensable hacer una definición de la situación financiera de todo el sistema de salud, dentro del cual el papel de la Caja es prioritario, tanto en la efectividad de los in-

gresos como en su relación con el sector patronal y el laboral, dentro del cual el Estado juega un doble papel. Esta definición no se hizo cuando se completó el traslado de los hospitales y luego al sobrevenir la crisis de los 80s, sobraron argumentos para esperar un mejor momento, que la llegada del modelo económico actual también ha venido postergando. Pero esta necesidad es inminente, sobre todo para crear el marco que corresponde a la participación del sector privado dentro del sistema y terminar con las progresivas acciones fraudulentas. Las políticas de descentralización y traslado financiero a las unidades, que de hecho se inició con la regionalización y los niveles de atención, requiere una programada organización tanto para su ejecución como para evaluar impacto y resultados, que deriven en la aplicación racional del programa de incentivos. La necesidad se hace cada vez más perentoria, sobre todo ahora que una buena parte de los programas de atención primaria son ejecutados por proveedores privados, a los cuales es indispensable encargarles la resolución total del caso cada vez que sea posible, para la cual deben desarrollar sus instalaciones y programas, con el financiamiento que corresponde.

Toda esta programación abre, desde el punto de vista administrativo, una serie de nuevas áreas de planificación que debe desarrollar el Rector, o los proveedores sujetos a la autoridad de la planificación requerida dentro de la política nacional de salud. Del mismo modo, el proceso de integración se hace más intenso, lo cual requiere de recursos materiales, financieros, humanos y de infraestructura que son los componentes de un plan de corto, mediano o largo plazo. De inmediato emergen dos perfiles fundamentales en la definición de estas necesidades: la de organizar la planificación, que hace rato dejó de hacerse y la de crear una capacidad gerencial que sea capaz de garantizar la eficiencia operativa de un modelo de complejidad progresiva.

Aún con todos estos problemas, la CCSS sigue sirviéndole a prácticamente la totalidad de la población y los indicadores de salud de su responsabilidad se mantienen dentro de los niveles de satisfacción, pero dejan abiertos grandes cuestionamientos sobre la implementación de todo un programa de medidas correctivas direccionadas a que se garantice su estabilidad. En esto consiste la muy mencionada y justificada reforma, programada desde hace 12 años, financiada sobradamente desde hace 8 años y cuyos resultados aún están en ciernes. Pero sin duda, para la población en general, la Política de Salud y Seguridad Social del país, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social siguen siendo las instituciones de confianza para la solución de los problemas futuros en esas áreas. Corresponde a sus técnicos y a los dirigentes políticos del Estado la responsabilidad de tomar las decisiones para establecer los programas que contengan las respuestas requeridas en el futuro.

Capítulo 14. Costa Rica, avances en salud en el siglo XX

*Dr. Hugo Villegas de Olazábal**

El esfuerzo de Costa Rica, a lo largo del siglo XX, fue alcanzar el más alto potencial de salud para todos los habitantes, dondequiera que se encontraren, y cualquiera que fuere su condición geográfica, económica, social, política, de género, étnica o migratoria.

Los avances tuvieron una característica destacada en la búsqueda del desarrollo nacional con base en el esfuerzo integral, la universalización de servicios, la investigación y solución de problemas y factores de riesgo, sentido de responsabilidad y eficiencia, y la búsqueda permanente de la educación y la salud igual para todos. Los países del mundo, con el patrocinio y apoyo técnico de la Organización Mundial de la Salud (OMS), reunidos en Alma Ata, Rusia, en 1978, se comprometieron alcanzar para finales del Siglo XX, igual oportunidad para todos, satisfacción de las necesidades básicas, seguridad en el trabajo, un destacado papel en la sociedad, manteniendo la paz y la democracia. Todos estos principios y hechos permiten alcanzar "equidad en el desarrollo humano, añadir más años a la vida, dar más vida a los años, y agregar salud a la vida". Costa Rica participó activamente en la gestación y en el desarrollo de la Reunión de Alma Ata, y de los principios que sustentaron los principios básicos; que fueron revisados en diversas reuniones, bajo la orientación de OPS/OMS, en el proceso denominado Renovación de Salud para Todos, que han sido incorporados en los sistemas de salud de los países.

Costa Rica ha participado a lo largo de los 100 años de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la tarea de generar y compartir acuerdos, responsabilidades y decisiones en beneficio de todos los habitantes del Continente. Entre los primeros siete miembros de la Oficina Sanitaria Panamericana, fundada el 2 de diciembre de 1902, estuvo el Dr. Juan J. Ulloa, "para organizar un frente unido contra la propagación de las epidemias y las enfermedades infectocontagiosas que asolaban la Región."

Desde inicios del siglo los dirigentes y el pueblo costarricense han participado activamente en el desarrollo de la salud en el país, en Centroamérica y en la Región de las Américas. En octubre de 1947, Costa Rica fue admitida como Miembro de la OMS, reafirmando su vocación de servicio y de protagonismo de numerosos eventos sanitarios que permitieron avances y mejores niveles de salud y vida para todos los habitantes.

** Ex representante de la OPS/OMS*

14.1- Escenario en las Américas al final del siglo XX

Al cierre del siglo XX quedaron desafíos en salud en la Región de las Américas: problemas remanentes del pasado, enfermedades y situaciones emergentes, importantes diferencias económicas, políticas, sociales, y demográficas, diferentes modos de desarrollo humano y procesos de cooperación internacional con amplio espectro de negociación, entrega de recursos y participación en salud.

Los fenómenos de transición demográfica y de polarización epidemiológica se han establecido, coexistiendo enfermedades transmisibles y no transmisibles, generando alzas constantes en la demanda de servicios de consulta, atención de brotes epidémicos, cambios en la morbilidad y mortalidad y la emergencia de enfermedades que no existían o que estuvieron bajo control en décadas pasadas.

El proceso de urbanización se ha intensificado determinando ciudades con riesgos sanitarios, ambientales y psicosociales. Las necesidades básicas sólo pueden ser satisfechas de manera parcial, en una sociedad estratificada, no equitativa, donde predominan los grupos de menores ingresos y con reducida capacidad de respuesta a los desafíos de alcanzar ciudades saludables que contribuyan al desarrollo individual y colectivo.

La salud en nuestra Región muestra progresos en las últimas décadas, traducidos en mejoras significativas en la esperanza de vida al nacer, en la reducción de la mortalidad infantil y en las condiciones generales de la morbilidad por enfermedades prevenibles y reducibles.

La tasa bruta de mortalidad más baja en la Región es la de Costa Rica (3,9 por 1000 habitantes en el 2000). Se espera un incremento por el cambio de estructura de edades, con incremento de personas mayores de 65 años. Las prioridades que se están formulando para la atención del Adulto Mayor y las medidas de prevención y control de enfermedades en todos los grupos de edad, serán de efecto beneficioso en el mantenimiento de una vejez saludable.

En 1960 en América Latina la esperanza de vida fue de 53 años, en el 2000 se incrementó a 72,4 años. Sin embargo, todavía existen grupos de personas, incrementados por la crisis económica, que permanecen ajenos a los avances, careciendo de acceso regular a los servicios de salud y que muestran altas tasas de morbilidad y mortalidad por causas que pueden evitarse o prevenirse con los conocimientos y los recursos disponibles.

Esta desigualdad, injusta ética y moralmente, constituye un peso que dificulta elevar la productividad y el desarrollo sostenido de nuestros pueblos. La postergación de lo social hace más perversa la distribución de la riqueza entre países y dentro de los países. No importa si son desarrollados o en proceso de desarrollo. Hay pocos muy ricos y muchos muy pobres. La proporción de los primeros tiende a disminuir, y la de los segundos, a aumentar y con mayor velocidad.

La globalización ha contribuido a la homogeneización de patrones de consumo y estilos de vida, cuyos efectos tienen importantes implicaciones para la salud, tales como la

propagación de enfermedades y vectores (tuberculosis, malaria, dengue), y la imposición de comportamientos y estilos de vida no saludables (tabaquismo, sedentarismo, obesidad, consumo de drogas ilícitas y violencia).

A la exclusión social, el deterioro ambiental, el incremento de la pobreza, y otros factores que reducen la calidad de vida, se suma la disminución de los recursos económicos a los sectores sociales. Algunos analistas consideran al sector salud como un sector no productivo. Es necesario destacar que las instituciones y grupos vinculados a la generación de la salud se encuentran en proceso permanente de expansión, y constituyen entes productores de bienes y servicios de creciente complejidad, de conocimientos tecnológicos y científicos de alto nivel, generadores de empleo diversificado, con un amplio rango de capacidad. La salud moviliza múltiples campos de la economía, conformando una red intersectorial de complejidad, e intensiva en innovación y tecnología; y todo esto, a través de la demanda y utilización de equipos médicos, insumos farmacéuticos, de laboratorio, de electromedicina, diagnóstico por imágenes, sistemas de computación, vestuario, hotelería, construcción, transporte, empleo y desarrollo administrativo y gerencial, además de otros campos, que requieren recursos humanos calificados, y la intervención coordinada de centros formadores universitarios y técnicos, en un proceso continuo de desarrollo e innovación. Los trabajadores de la salud en América Latina constituyen del 2 al 6% de la fuerza laboral.

En el 2000, el gasto nacional en salud (GNS) en la Región de Las Américas, representó el 7,3% del producto interno bruto (PIB). El gasto per cápita en América Latina fue de US$498, mientras que en EEUU y el Canadá fue 8 y 4 veces mayor. Costa Rica, tuvo un gasto del 5,7%, con una cobertura amplia de la población total.

La Región, en el 2000, disponía de 25.274 hospitales con 2.842.000 camas (2,8 camas por 1000 habitantes). La proporción de camas del sector público es 53% (8% de la seguridad social). El sector privado tiene cerca de un tercio de las camas. Se estima en 30.000 los laboratorios de diagnóstico en Las Américas, de los cuales 97% son de diagnóstico clínico y 3% de salud pública. Existían al final del siglo, 156.551 centros de atención ambulatoria en América Latina y el Caribe (3,0 establecimientos por 10.000 habitantes).

El total de beneficiarios de los seguros obligatorios de salud, administrados por instituciones públicas y privadas se estimó en 1995 en 112,3 millones de personas, alrededor del 23,7% de la población total de los países de América Latina y el Caribe. Costa Rica tiene 87,6% de población asegurada, con un gasto per cápita cercano a US$489,4. Costa Rica y Chile tienen las coberturas más altas de la seguridad social.

Los avances en salud en la Región de las Américas en el siglo XX han sido muy importantes en términos generales. Las restricciones económicas y sociales han limitado el desarrollo sanitario en varios países; sin embargo, el incremento de la solidaridad y la cooperación internacional están procurando esfuerzos conjuntos que hagan posible la universalización de los servicios, mayor acción intersectorial y una participación plena y permanente de las comunidades. Sólo así, la Salud para Todos será posible.

14.2- Escenario de la salud en Costa Rica en el siglo XX

Los hitos históricos de la salud permiten conocer cómo ha sido la evolución de las instituciones y servicios, los énfasis económicos, políticos, sociales, la participación comunitaria y la relación intersectorial para lograr espacios y estilos de vida saludables, dentro del proceso de desarrollo general del país.

Primera etapa: Tiempos Precolombinos hasta 1900

La atención de la enfermedad estuvo a cargo de curanderos indígenas. Los conquistadores persiguieron a quienes practicaban la medicina natural. En 1790, Esteban Corti, primer médico europeo que llegó a Costa Rica, fue acusado de ejercer la brujería y juzgado por la Santa Inquisición en Guatemala.

En 1845 se fundó el Hospital San Juan de Dios y la Primera Junta de Caridad. Posteriormente se construyó un Centro Psiquiátrico para atender a los enfermos mentales que eran maltratados y perseguidos.

Segunda etapa: Desarrollo de la Salud Pública: 1900 a 1939

Este período fue fecundo en el desarrollo de programas y creación de instituciones orientadas a la atención de la población. En 1914 se creó el Departamento de Higiene Escolar Pública con consultorios médicos, dentales y oftalmológicos, que velaban por la higiene en las escuelas y los campamentos escolares de verano para albergar a niños huérfanos o abandonados.

En 1922 se creó la Oficina de la Subsecretaría para la Higiene y Salud Pública que se esforzó en coordinar esfuerzos legislativos y financieros para la prevención y tratamiento de la tuberculosis, malaria, venéreas, viruela, lepra, tifoidea, y diarreas, que diezmaban a la población. En 1927 se transformó la Subsecretaría en Secretaría para la Salud Pública y Protección Social, base de todo el esfuerzo de atención integral a la población, normando el trabajo de los asistentes de salud escolar, los inspectores de salud, las enfermeras graduadas de la Facultad de Medicina y del Hospital Max Peralta de Cartago, así como el de las enfermeras obstétricas y de los trabajadores sociales, que atendían a la población que no podía ser cubierta por los escasos médicos del país.

El cargo de Médico Oficial se creó en 1931 reemplazando al Médico de Poblado, con mayores responsabilidades en la protección de la salud y el bienestar, y no sólo en el tratamiento de enfermedades y en la caridad.

En 1924 se originó el Banco Nacional de Seguros, que nacionalizó actividades que estaban a cargo de empresas extranjeras. La protección inicial estuvo vinculada al auge industrial y comercial. La protección de los trabajadores, aunque existía desde 1907, fue normada en 1925. El Cuerpo de Bomberos se creó al inicio del Banco de Seguros. Los

seguros de vida, incendios, accidentes de trabajo, accidentes de automóviles y el de cultivos fueron progresivamente incorporados. En 1948 el Banco de Seguros se convirtió en el Instituto Nacional de Seguros, continuando su labor en beneficio de toda la población.

Tercera etapa: consolidación del Sistema de Salud y de la Seguridad Social: 1940-1969

Esta etapa incluye la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el desarrollo del Sistema Nacional de Hospitales, la consolidación del Instituto de Acueductos y Alcantarillado (ICAA o AyA), la creación de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica (1947-1953-1961), y la entrega de servicios médicopreventivos en áreas rurales mediante el programa de Unidades Móviles (PUMAR)

El primer Código de Salud tuvo origen en 1943, ordenando la legislación sanitaria que existía en el país.

La ley Constitutiva de la CCSS fue emitida en 1943, dando vigencia a la ley sobre el Seguro Social Obligatorio de 1941. El programa de Enfermedad y Maternidad, al inicio, se limitó al grupo económicamente activo de la zona urbana metropolitana y capitales de provincias con mayor población, y sólo cubría a las personas aseguradas. De 1944 a 1947 se incluyó a las regiones rurales y se estableció el seguro familiar. El Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte entró en vigencia en 1947, con una cobertura de 7% de la población económicamente activa. Posteriormente se estableció la Universalización de la Seguridad Social, con acciones definidas en la década de los setentas.

El Hospital Nacional de Niños fue inaugurado en 1964, luego de una epidemia de poliomielitis que dejó un saldo de más de mil infantes con parálisis. En 1969 se inauguró el Hospital México, ampliando la cobertura de servicios de la seguridad social y las áreas de formación de recursos humanos.

El Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) tuvo origen en 1963 como Centro Regional de Recuperación Nutricional, con el propósito de atender e investigar sobre la desnutrición severa que afectaba una elevada proporción de niños en Costa Rica. En 1969 se transformó en Clínica Nacional de Nutrición, integrada al Sistema Hospitalario Nacional. En 1977 se estableció el cambio hacia Inciensa, con orientación hacia la investigación y vigilancia epidemiológica.

Las acciones de medicina preventiva tuvieron auge en los sesentas con las Unidades Móviles en Áreas Rurales, los programas de vacunación, el desarrollo de centros educativos, el incremento de la electricidad y la telefonía, así como la ampliación de la red vial a nivel nacional. El incremento de médicos, de la naciente Escuela de Medicina, y el esfuerzo de la Universidad de Costa Rica en la formación de recursos humanos para el sector salud, fueron hechos destacados en este período, donde se promovió la atención integral de salud, el combate a las enfermedades transmisibles de mayor impacto, los procesos de planificación sanitaria, y la especialización de los profesionales en las áreas de mayor importancia, de acuerdo con el perfil de salud de la población.

Cuarta etapa: desarrollo del sistema de salud y de la universalización de la atención: 1970-1989

En los setentas se dieron los cambios más importantes del sistema de salud costarricense al lograrse la universalización de la seguridad social, la integración de los hospitales en la CCSS, la promulgación del Código Sanitario y de la Ley General de Salud, y el desarrollo del Programa de Salud Rural y Comunitaria, que amplió la cobertura de servicios integrales en las áreas rurales y en las marginadas del área Metropolitana.

Los cambios más destacados en los niveles de salud se alcanzaron en esta década, con coberturas poblacionales en todos los cantones del país, mediante visitas domiciliarias para promoción, prevención y control de las principales enfermedades y factores de riesgo sanitario, con descenso notable de la mortalidad infantil, incremento de la expectativa de vida al nacer, la reducción de la mortalidad materna, la eliminación de la poliomielitis y la difteria, la introducción de la rehidratación oral, la reducción acentuada de la desnutrición infantil severa y mediana, desarrollo de amplios esquemas de inmunización, y el control de las enfermedades transmisibles que determinaban altos niveles de consulta, hospitalización, y de gastos en problemas evitables o reducibles en alto grado. La Universidad de Costa Rica (UCR) participó activamente en el proceso con la formación de profesionales y técnicos que lograban buenos niveles de integración en los servicios de salud.

El Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), fue constituido en 1974, con el propósito de apoyar la formación de especialistas y de técnicos de la Caja Costarricense de Seguro Social. Los logros de este Centro han sido destacados al haber contribuido con la formación y capacitación de los recursos humanos especializados que el país demanda, en la dimensión y calidad que las necesidades y perfiles sanitarios requieren.

El desarrollo de la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASSS) con la red de Bibliotecas y Centros de Documentación, que ahora forma parte del Proyecto de Biblioteca Virtual en Salud de la Biblioteca Regional en Salud (BIREME/OPS), se estableció en 1983. El proceso constante de difundir información en ciencias de la salud, de la producción científica nacional, y la expansión de la página en Internet, constituyen hechos destacados de BINASSS. Forma parte del CENDEISSS / CCSS.

En los setentas fueron creadas algunas instituciones y junto con otras que estaban establecidas, diseñaron programas que destacaron en el combate a la pobreza con actividades dirigidas a la mejoría de la vivienda, la seguridad alimentaria, la capacitación de técnicos para pequeñas empresas familiares y comunitarias. Estas instancias realizaron acciones conjuntas con el Ministerio de Salud y el Programa de Salud Rural y Comunitaria, ampliando y haciendo efectivas las intervenciones. Destacada actuación tuvieron el Instituto Mixto de Asistencia Social (IMAS), el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA) y la Dirección Nacional de Desarrollo Comunitario (DINADECO)

En los ochentas el país enfrentó una crisis económica que generó descenso del PIB, generó desempleo, reducción importante de ingresos en las familias de menores recursos. Los programas de atención primaria tuvieron restricciones, así como los de malaria y tuberculosis. Para superar la crisis se incrementó la coordinación entre el Ministerio de Salud y la CCSS. Algunos indicadores se estacionaron. Pese a estas dificultades, los programas de atención a las personas tuvieron prioridad. Hacia el final de la década la situación financiera mejoró, y los servicios de salud incrementaron acciones para el control de los problemas que habían sido afectados por la escasez de recursos.

Quinta etapa: Proceso de Reforma del Sector Salud: Década de los 90

En la década final del siglo XX las instituciones del sector salud costarricense tuvieron responsabilidades específicas, con el propósito de consolidar la universalización de la atención, la entrega de servicios con prioridad en la promoción y prevención, la satisfacción de las necesidades básicas a nivel nacional, con calidad y oportunidad.

Se dio énfasis al desarrollo de la Reforma Sectorial, que definió para el Ministerio de Salud el proceso de rectoría, vigilancia epidemiológica de las enfermedades emergentes y reemergentes, valoración de las funciones esenciales de la salud pública y la garantía de la salud nutricional y ambiental.

La CCSS puso en marcha el Programa de Modernización que procura organizar los servicios de consulta ambulatoria, la hospitalización, la prevención y control de enfermedades, la atención de todos los grupos de población, sin discriminación de edad, género, lugar de residencia, origen étnico, condición económica y migratoria; así como facilitar servicios y recursos dentro del Régimen de Vejez, Invalidez y Muerte.

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado (ICAA o AyA) tiene la responsabilidad de abastecer de agua de calidad a toda la población, así como el control de la eliminación de excreta y la vigilancia de la calidad del agua que proporcionan los Municipios, Empresas Comunitarias y Grupos privados.

El Instituto Nacional de Seguros (INS) cumple una tarea destacada en la protección de los trabajadores, tanto en los aspectos de promoción de la salud como en la prevención de accidentes y discapacidad en los sitios de trabajo, facilitando recursos para la atención de enfermedades laborables y los procesos de rehabilitación. Además tiene la exclusividad de cobertura de accidentes de tránsito, a nivel nacional.

14.3- Avances en salud en Costa Rica en el Siglo XX

Los logros más importantes de Costa Rica en el siglo XX, luego de un análisis de publicaciones, el juicio de diversas instituciones, analistas de salud, y la evolución favorable de los indicadores de salud y desarrollo humano, se considera que han sido los siguientes:

- desarrollo del sistema de salud,
- prevención, control y reducción de enfermedades transmisibles,
- vacunación e inmunización,
- mujeres y Niños (as) con mejores niveles de salud e incremento de la esperanza de vida al nacer,
- desarrollo de programas de alimentación y nutrición - salud bucal y fluoración de sal doméstica,
- desarrollo de programas de salud ambiental,
- participación comunitaria en el desarrollo de los servicios de salud,
- desarrollo de recursos humanos en ciencias de la salud,
- coordinación de la cooperación internacional en salud y
- participación en el desarrollo sanitario y de la paz en Centroamérica.

Los avances han tenido una acción permanente de las instituciones del Sistema de Salud, con participación de los Poderes del Estado Costarricense que confirieron alta prioridad al desarrollo social y educativo y a la reducción de la pobreza. Las acciones intersectoriales en salud han sido muy importantes en los logros del siglo XX. El escenario histórico da esa visión de constante renovación en un país sin riqueza.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, desde su fundación ha participado en el desarrollo de la salud en Costa Rica, con asignación de recursos técnicos y financieros, la movilización de fuentes de cooperación, la coordinación de acciones interpaíses y la búsqueda constante de la salud para todos.

Desarrollo del sistema de salud

Los esfuerzos de Costa Rica, desde inicios de la década de los cuarentas, estuvieron centrados en la universalización e integración de servicios, la expansión de la seguridad social, y un proceso sostenido de reforma de la prestación de los seguros de salud (atención integral) y vejez - invalidez - muerte (IVM).

La rectoría y vigilancia de las Funciones Esenciales de Salud Pública bajo la conducción del Ministerio de Salud (MS), ¡unto a la prestación de servicios integrales de salud a las personas bajo la responsabilidad de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), constituyen el aporte más destacado del Sector al desarrollo humano sostenible a nivel nacional.

El Sistema de Servicios de Salud está integrado por el Ministerio de Salud (MS) que vigila el desempeño de las funciones esenciales de salud pública y realiza la rectoría del Sector Salud; la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) que tiene a su cargo la atención integral de las personas, prestaciones en dinero y prestaciones sociales; el Instituto Nacional de Seguros (INS) que cubre los riesgos laborales y de tránsito; el Instituto Costarricense de

Acueductos y Alcantarillados (AyA) que controla la provisión de agua de consumo humano y la eliminación de aguas residuales. La Ley General de Salud y un Decreto Ejecutivo de 1989, incorpora al Sector Salud a la Universidad de Costa Rica (UCR) y los Gobiernos Municipales. Asimismo, el Ministerio de Hacienda incluye en el sector salud a organismos descentralizados con funciones específicas como el Instituto de Investigación en Nutrición y Salud (Inciensa), y el Instituto sobre Alcoholismo y Fármacodependencia (IAFA).

El Ministerio de Salud es parte del Poder Ejecutivo, mientras que la CCSS, AyA, e INS, son entes desconcentrados y autónomos, con legislación y patrimonio propio, y juntas directivas y presidencias ejecutivas independientes.

La Ley General de Salud y la Ley de la Administración Pública establecen que la coordinación del Sector corresponde al Ministerio de Salud. Existe un Consejo Nacional del Sector Salud, creado en 1998, que acuerda las acciones sectoriales para atender problemas de salud pública, la mortalidad infantil, la evaluación de los servicios de prestación médica, la lucha contra la tuberculosis y el HIV/SIDA, las enfermedades vectoriales, y la investigación en seres humanos. La educación y alimentación en niños menores de 7 años está a cargo del MS, mediante la red nacional de CEN-CINAI, con participación activa de las comunidades.

El Sistema de Salud en la década de los setentas alcanzó su mayor grado de desarrollo -tal como se ha descrito en la Cuarta Etapa de los Hitos Históricos- logrando avances que han constituido el eje fundamental de acciones en el último tercio del siglo XX donde el proceso de reforma sanitaria se acentúa para dar cohesión, capacidad y suficiencia a las instituciones y servicios que integran el Sector Salud. Los hechos más importantes estuvieron centrados en:

- universalización de la seguridad social con énfasis en la atención primaria,
- integración de los hospitales en la CCSS,
- promulgación de la Ley General de Salud y del Código Sanitario,
- desarrollo del Programa de Salud Rural y Comunitaria, que amplió la cobertura de servicios integrales en áreas rurales y en las de menor desarrollo en áreas urbanas,
- incorporación progresiva en la Caja Costarricense de Seguro Social de los servicios de atención a las personas, permitiendo la universalización e integración,
- modernización de los hospitales, clínicas y desarrollo de los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS),
- incorporación progresiva de tecnologías de prevención, tratamiento y rehabilitación, basadas en las necesidades nacionales y la evidencia del conocimiento médico. La inversión en estas áreas, pese a las dificultades económicas de los años ochentas, fue importante y sostenida, y
- formación de recursos humanos que requerían los servicios de salud, en todos los niveles, con apoyo destacado de las universidades nacionales. En los últimos años se fortalece la Educación Continua, tanto para profesionales como técnicos, profundizando el esfuerzo de disponer de personal adecuado y suficiente.

Los servicios de atención individual están integrados en tres niveles de atención. En el nivel primario, la CCSS en el 2000 tenía alrededor de 710 Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS) constituidos por médico, auxiliar de enfermería, auxiliares de estadística y farmacia y uno o varios asistentes técnicos de atención primaria (ATAP's). En promedio cada EBAIS atiende a 4 o 5 mil habitantes. En el 2000 se logró facilitar 2,03 consultas y controles por habitante/año. La cobertura es alta en áreas rurales y urbano-marginadas. En el Área Metropolitana de San José se cuenta con el apoyo de cooperativas de salud, entidades privadas, que la CCSS contrata para dar atención integral, con énfasis en medidas de promoción y protección. Las encuestas han revelado alta satisfacción de la población por los servicios recibidos. El nivel secundario de atención está integrado por 10 clínicas, 13 hospitales periféricos y 7 regionales. El nivel terciario cuenta con 3 hospitales generales de referencia nacional, así como 5 hospitales especializados (niños, mujeres, adulto mayor, rehabilitación, y psiquiatría). En desarrollo se encuentra el Instituto Nacional del Cáncer.

En el 2000 los datos de la CCSS indican: 1,5 camas por 1.000 hbtes.; 81,7 índice ocupacional de camas hospitalarias; 5,5 días/estancia hospitalaria; 8,6 egresos por 100 hbtes.; 3,3 consultas/hbte/año; 1,9 defunciones hospitalarias/100 egresos. El desafío actual es la consolidación de la reforma de los servicios, mantener altos niveles de cobertura poblacional sin restricciones, la atención integral oportuna de la demanda de consulta, de intervenciones quirúrgicas y tratamientos especializados.

El Índice de Desarrollo Social - IDS (Ministerio de Planificación y Política Económica - MIDEPLAN) que combina siete indicadores vinculados a infraestructura educativa, programas de educación especial, mortalidad infantil, peso de la mortalidad en la niñez, retardo de talla, consumo de electricidad residencial, nacimientos de madres solteras, ha puesto en evidencia que 17 cantones (14 % de la población nacional) tienen el menor grado de desarrollo de los cinco grupos de análisis. Estos cantones están ubicados en áreas fronterizas con Nicaragua y Panamá, en la Vertiente Atlántica, y un pequeño núcleo en León Cortés y Tarrazú. La evolución del IDS en los últimos años revela que las diferencias a nivel nacional se han estrechado, persistiendo aún grupos con acentuada insatisfacción de sus necesidades primarias.

El sector salud de Costa Rica es una de las empresas más grandes del país. Dispone de más de 35.000 trabajadores (7.200 profesionales, 4.200 técnicos, 9.600 auxiliares, 14.000 administrativos y de servicios generales). La inversión en salud en el 2000 fue C/. 629.354,7 millones (C/.165.177,1 per cápita). La expectativa de vida al nacer es de 77,5 (74,8 los hombres, 80,3 las mujeres), la más alta del continente, después de Canadá. La mortalidad general es la más baja de la región (3,9 por 1000). La mortalidad infantil es de las más bajas de las Américas (10,8 por 1000 nv). Los abastecimientos de agua y disposición sanitaria de excreta benefician a más del 95% de la población. Y así, una serie de indicadores que revelan un avance constante en el desarrollo humano, donde los servicios y los trabajadores de la salud han contribuido de manera permanente con su dedicación y esfuerzo. Y todo esto, dentro de una sociedad que aún tiene niveles de pobreza y de marginación en 23,6 % de la

población. Tal vez, la mejor expresión de todo esto sea lo que se dijo en la Asamblea Mundial de la Salud en 1948: "Costa Rica es una nación que todos debemos admirar porque está logrando tener Salud sin Riqueza, y eso es algo digno de destacar en los países en desarrollo (...)."

Prevención, control y reducción de enfermedades transmisibles

Las enfermedades transmisibles en Costa Rica constituyeron uno de los problemas de mayor dimensión en la salud individual y colectiva, con importantes impactos en la mortalidad infantil, en los días laborables perdidos por enfermedad en las áreas de producción agrícola y ganadera, en los niveles de morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles o evitables, en el turismo nacional e internacional, en la economía general y sobre todo, de las comunidades de menores recursos.

La disminución acentuada de la morbilidad y mortalidad, la erradicación y eliminación de las principales enfermedades infecciosas, determinaron un proceso de transición y polarización epidemiológica, donde algunas enfermedades transmisibles y no transmisibles y las enfermedades emergentes constituyen el desafío para el nuevo siglo. La incorporación constante de nuevos fármacos; tecnologías sanitarias en diagnóstico, tratamiento y seguimiento de problemas de salud; orientación a la población en la importancia de su participación en la prevención y control de enfermedades, fueron hechos que permitieron el logro de la disminución de enfermedades transmisibles, en forma notable, reduciendo morbilidad y mortalidad, sobre todo en los grupos de mayor riesgo, y de menor edad, expresándose en forma destacada en el incremento de la esperanza de vida, que tiene los niveles más altos en el Continente.

En 1941 en las tasas de mortalidad general e infantil (17,21 y 123,48) las primeras causas eran las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, la desnutrición severa y moderada con alta parasitosis y morbilidad infecciosa, y las enfermedades prevenibles por vacunación (sarampión, tos ferina, tétanos, meningitis, hepatitis A y B). En el 2000, la mortalidad general bajó a 3,9 y la mortalidad infantil a 10,8. Un componente destacado en la reducción de ambas tasas fue el control, la eliminación, y la erradicación de las enfermedades mencionadas, con programas intensivos de vacunación, desparasitación, mejoría alimentaria-nutricional, viviendas más saludables con servicios básicos de agua y eliminación de excreta, expansión de la atención de salud y educación en todos los cantones del país y la participación comunitaria en la búsqueda de mejores niveles de vida.

En la prevención y control de enfermedades emergentes (tuberculosis, VIH/SIDA, malaria, dengue) será necesario intensificar la educación sanitaria de la población para una participación activa en la promoción y desarrollo de hábitos saludables, viviendas protectoras, sitios de estudio y trabajo sanos. Los servicios de salud deberán fortalecer el desarrollo de estrategias como el Tratamiento Acortado Estrictamente Observado (DOT/TAES) en la lucha contra la tuberculosis, por su eficacia observada. Asimismo, la

estrategia de Hacer retroceder la Malaria ("Roll Back Malaria") con captación y tratamiento oportuno de casos y medidas integrales de protección y eliminación de vectores. Nuevas vacunas contra varias enfermedades vectoriales están en proceso y han de constituir un importante arsenal inmunitario en el futuro.

En párrafos anteriores se ha destacado la participación intersectorial e internacional en la promoción y prevención de la salud. En los últimos cuarenta años la Organización Panamericana de la Salud ha contribuido con asistencia técnica y movilización de recursos internacionales, de acuerdo a las necesidades nacionales, y ha compartir la responsabilidad de lograr mejor salud para todos.

Vacunación e inmunización

El control y prevención de enfermedades prevenibles por inmunización es uno de los avances más destacados en salud en Costa Rica. En el siglo XX se registraron epidemias con alta mortalidad y discapacidad por fiebre amarilla, viruela, poliomielitis, tétanos, sarampión y otras enfermedades. La incorporación de vacunas a mediados de los cincuenta, constituyó una de las medidas más eficaces en la erradicación, eliminación y reducción de las inmunoprevenibles.

El Ministerio de Salud y la CCSS aunaron esfuerzos para lograr las más altas coberturas de vacunación, incorporando adelantos tecnológicos de nuevas vacunas y universalización de la cobertura. En la década de los setentas, con el Programa de Salud Rural y Comunitaria se vacunó casa a casa, procurando el mayor control con fichas familiares que permitían la vacunación a infantes, adolescentes, adultos y mujeres, de acuerdo a sus necesidades. La participación de la población y de las instituciones educativas fue muy amplia.

Los hechos más destacados en vacunación e inmunización son:

- erradicación de la viruela - 1938,
- erradicación de la fiebre amarilla - 1952,
- eliminación de la rabia en humanos - último caso: 1970,
- erradicación de la poliomielitis - último caso :1973,
- eliminación de la difteria - último caso: 1975,
- eliminación de la rabia canina - último caso: 1987,
- eliminación del tétanos neonatal - último caso: 1988,
- eliminación del sarampión - último caso: 1999,
- mantenimiento de coberturas de vacunación superiores al 85% en todos los cantones de Costa Rica e
- investigación de más del 80% de las parálisis flácidas para vigilar la reintroducción del poliovirus salvaje y del poliovirus vacunal.

Dsafíos para el siglo XXI

- Mantenimiento de altos niveles de cobertura de inmunizaciones, en todos los grupos de edad, de acuerdo al esquema de vacunación que periódicamente deberá ser revisado para adecuarlo a las necesidades nacionales.
- Incorporación de nuevas vacunas según necesidades de determinados grupos de riesgo, y las que con probada eficacia deban incluirse en el arsenal inmunitario.
- Vigilancia epidemiológica de todos los casos de enfermedades prevenibles por inmunización, para evitar la reintroducción e incremento de casos.
- Participación permanente de la población y de los servicios de salud en el proceso de vacunación.

Mujeres y Niños (as) con mejores niveles de salud e incremento de la esperanza de vida

La atención a mujeres y niños (as) ha sido un elemento prioritario en la política de salud en Costa Rica. En 1941 la tasa de mortalidad infantil fue de 123,5 por 1000 nacimientos (32,3 neonatal y 91,2 postneonatal); en el 2000 bajó a 10,2 (7,1 neonatal y 3,1 postneonatal). Descensos destacados se han registrado también en la mortalidad de menores de 4 años y en escolares, con la introducción de vacunas; control de parasitosis intestinal, desnutrición, infecciones diarreicas y respiratorias agudas. La mortalidad materna presenta tasas en descenso hacia finales del siglo, donde se observa un estancamiento (3,6 por 10.000 nv). Las causas y riesgos de defunciones maternas e infantiles están bajo constante análisis y acción de Programas de Prevención de la Mortalidad en estos grupos de población. Las recomendaciones han permitido estructurar intervenciones con buenos resultados, y se espera reducir los índices ya que la mayoría de causas son reducibles o evitables.

La atención creciente de embarazadas y del parto hospitalario son elementos destacados en todos los servicios de salud del país, incluyendo aquellos que tuvieron incrementos de demanda por los procesos de migración. En el 2000 se registraron 21,2% de nacimientos en madres adolescentes y el parto hospitalario alcanzó a 96,2%. El fomento del período de lactancia materna, la inclusión de hierro y derivados en la dieta de embarazadas, la corrección oportuna de factores de riesgo, la atención integral de infecciones prevalentes en la infancia (diarreas, infecciones respiratorias agudas, parasitosis intestinal, enfermedades prevenibles por vacunación) fueron hechos destacados en la segunda mitad del siglo XX.

Otro factor importante fue la orientación en Planificación Familiar con el propósito de lograr hogares capaces de satisfacer sus necesidades básicas y conducir el desarrollo integral de los grupos, con seguridad sexual y armonía familiar. En el 2000 se registró un 96% de uso de anticonceptivos en mujeres en edad fértil.

La evolución de la esperanza de vida al nacer ha sido uno de los factores que señalan avances destacados en la mejoría de las condiciones de vida y de salud de madre e infantes.

Las tasas en 1940 fueron 46,93 (46,06 en hombres y 47,85 en mujeres). Al finalizar el siglo XX se registró 77,43 (74,76 en hombres y 80,24 en mujeres). Como se ha indicado en otros párrafos, la Esperanza de Vida en Costa Rica es una de las altas a nivel mundial; en América es la segunda, después de Canadá.

Los desafíos más importantes están en mantener altos niveles de cobertura en el control prenatal, en la atención oportuna y eficiente del parto institucional, en las actividades de promoción y prevención de riesgos en el recién nacido, preescolar y escolares. El desarrollo en todos los niveles del programa de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) ha de constituir un factor preponderante en la mejoría constante de los indicadores de buena salud materna e infantil. En la atención de la mujer ha de intensificarse la orientación en la prevención de los cánceres de mama y útero, los controles periódicos de papanicolaou; y la promoción de modos de vida que reduzcan los riesgos de enfermedades de transmisión sexual-VIH/SIDA. La lucha contra la violencia familiar constituye un reto que toda la sociedad deberá enfrentar con decisión.

Desarrollo de programas de alimentación y nutrición - salud oral y fluoruración de sal doméstica

La desnutrición en Costa Rica tuvo altos niveles de morbilidad y mortalidad a nivel nacional, vinculada a la pobreza y a procesos infecciosos y parasitarios, con predominio en áreas rurales y urbanas marginadas.

En las décadas de los sesentas y setentas se dio énfasis a la creación y expansión de centros de nutrición, en área de mayor vulnerabilidad, con la integración de estimulación temprana, buenas prácticas alimentarias, incremento de la actividad física, educación en la producción y manejo de alimentos, participación comunitaria en guarderías, comedores y huertas escolares; y enriquecimiento de alimentos con vitamina A, yodo, hierro. Este conjunto integró acciones que lograron la reducción de la desnutrición grave y moderada, que constituyó una de las principales causas de consulta, hospitalización y defunción.

En la comparación de los resultados del estado nutricional de preescolares en las encuestas de 1982 y 1996 se aprecia una disminución de la desnutrición severa y moderada de 6,3% a 5,1%. Igualmente la desnutrición leve disminuyó de 24,6% a 17,3%. El sobrepeso aumentó de 2,5 a 4,2%. La encuesta nutricional de 1996 señaló 19,4% de la desnutrición en la zona rural y una mayor prevalencia del riesgo de obesidad en la metropolitana (20%). Es importante destacar la alta prevalencia de obesidad en las mujeres mayores de 20 años, en las que se encontró que el 45,9% del grupo de 20 a 44 años y 75% del grupo de 45 a 59 años presentaron algún grado de obesidad.

Los retos futuros están vinculados a incrementar la educación a la población en el fomento de la lactancia materna, la mejoría del manejo de la alimentación del niño durante la lactancia y el destete. Asimismo, debe intensificarse la orientación para promover el consumo de alimentos de bajo costo y alto valor nutritivo en los hogares y escuelas. La obesidad

constituye un problema nutricional que requiere acciones preventivas, educativas y fomento de la actividad física, en todos los grupos de población.

Avances destacados se lograron con los Programas de Salud Bucodental y Fluoruración de la Sal doméstica con alcance nacional y énfasis en áreas rurales y urbano-marginales, determinando acentuada mejoría de los índices de salud oral, con reducción del porcentaje de piezas dentarias cariadas, perdidas y obturadas (CPOD), y mejor capacidad de utilización de alimentos y armonía corporal. Se pasó de un CPOD de 9,1 en 1984 a 4,8 en 1996 en los escolares de 12 años. El Programa de Salud Oral Escolar del Ministerio de Salud contribuyó en la implantación de la fluoruración de la sal doméstica y en actividades educativas y preventivas, con énfasis en las escuelas de áreas rurales. En el futuro será necesario incrementar las medidas preventivas a base de fluoruros tópicos, el control de placa y uso de cepillo, crema dental fluourada e hilo dental. Las visitas para control periódico han de ser prioritarias en todos los grupos de población.

Desarrollo de programas de salud ambiental

Las acciones de Salud Ambiental, sobre todo, en la segunda mitad del Siglo XX, estuvieron orientadas a proporcionar agua segura, eliminación sanitaria de desechos sólidos y líquidos; vivienda saludable que permitía el desarrollo familiar y la interacción comunitaria y prevención de la intoxicación por plaguicidas.

Los avances en salud ambiental han sido muy importantes. Los principales problemas en morbilidad y mortalidad estuvieron vinculados a insuficiente cobertura de agua segura, eliminación inadecuada de excreta y basuras, uso indiscriminado de plaguicidas. La cobertura al final del siglo alcanzó en servicios de agua al 95,0 % (99,6 urbana - 91,5% rural). La población con acceso a servicios de eliminación de excreta es de 96,3% (98,0% urbana - 94,8 rural). La disposición de desechos sólidos ha mejorado en cobertura, aunque persiste el problema en barrios marginales y poblaciones de mediana densidad. El parque automotor aumentó en las últimas décadas (6,2 personas por vehículo), incrementándose la contaminación atmosférica en la Gran Área Metropolitana y centros más poblados. El uso intensivo de plaguicidas (4 a 5 veces el promedio de países desarrollados) provoca intoxicaciones en niveles inadecuados. Asimismo, la contaminación de ríos, lagos, playas, conforma un problema sanitario que está siendo atendido con la coordinación de acciones de varios ministerios e instituciones relacionadas con la protección ambiental y la biodiversidad.

La coordinación de programas del Ministerio de Salud con el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA - AyA), el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG), y las municipalidades, constituye un hecho destacado desde la década de los setentas. Acciones importantes se implementaron para favorecer la salud integral de la población y el turismo mediante el control de playas, ríos, lagos, áreas ecológicas protegidas, sitios de alojamiento y esparcimiento. Asimismo, con el

apoyo de OPS, se han desarrollado programas de cantones, escuelas y lugares de trabajo saludables, impulsando acciones integrales de promoción y prevención de la salud.

Costa Rica ha realizado un meritorio esfuerzo en la preservación de la biodiversidad, los parques nacionales como áreas protegidas, y el turismo que contribuya al mantenimiento de las zonas de recreación, la investigación y la mejoría del ambiente.

El análisis global de la salud ambiental aunque da un resultado muy favorable para la población, pone en evidencia que los desafíos para el nuevo siglo son de gran magnitud económica. El mantenimiento, sustitución e incremento de servicios de agua potable; la eliminación sanitaria de desechos; los controles de contaminación ambiental y de fuentes y cursos de agua; el uso racional de plaguicidas; el control de radiaciones en la expansión de la energía eléctrica y los diagnósticos y tratamientos en servicios de salud, constituyen retos que el sistema de salud y los entes estatales responsables de la protección ambiental han analizado exhaustivamente, y están procurando la asignación de recursos financieros y técnicos necesarios para reducir, controlar y prevenir los problemas ambientales. La cooperación internacional ha sido amplia y de buen nivel técnico. Frente a los desafíos del presente se requiere intensificación de los aportes financieros y tecnológicos, de acuerdo con las prioridades nacionales.

El Instituto Costarricense de Agua y Alcantarillado (ICAA) ha formulado programas para cerrar la brecha en la dotación de agua potable y eliminación sanitaria de excreta en todo el país, tanto en lo que es responsabilidad directa de la institución, como en la vigilancia de la calidad del agua a cargo de municipalidades y otros entes comunitarios. El AyA dispone de recursos humanos calificados y está en proceso el desarrollo tecnológico de vigilancia de cuencas hidrográficas, contaminación de cuerpos y cursos de agua, playas y zonas de esparcimiento y turismo. La gestión de recursos internacionales ha sido favorable y se espera aportes significativos en el futuro inmediato.

Participación comunitaria en el desarrollo de servicios de salud

Las Asociaciones de Desarrollo Comunitario tuvieron una destacada participación en trabajos conjuntos con los servicios de salud, educación, mejoría de caminos y comunicaciones, vivienda, salud ambiental, comedores y huertos escolares, conservación ecológica y sostenibilidad de los procesos de desarrollo social, económico y político. El Programa de Salud Rural tuvo gran participación en la movilización y capacitación de líderes comunitarios con el propósito de generar acciones para el desarrollo de las poblaciones de menores recursos. El análisis de situación de salud, la determinación de prioridades y acciones sanitarias y de otros sectores, el seguimiento y evaluación anual de las actividades realizadas, constituyeron la esencia de la participación comunitaria.

En la década de los setentas tuvo una destacada actuación la Dirección Nacional de Desarrollo de la Comunidad (DINADECO - creada en los sesentas) en la capacitación de líderes comunitarios y en el trabajo de campo conjunto con instituciones nacionales, Organizaciones no Gubernamentales y autoridades locales. Funcionarios de DINADECO

fueron destacados al Ministerio de Salud/Programa de Salud Rural donde cumplieron con capacidad y responsabilidad.

Otra destacada actuación en el desarrollo y participación comunitaria han tenido el Instituto Mixto de Asistencia Social (IMAS) y el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA). A nivel rural y barrios marginales de las ciudades, ambas instituciones, han prestado apoyo destacado en la lucha contra la pobreza, mediante programas de capacitación de técnicos y el desarrollo de programas de demostración y creación de pequeñas empresas comunitarias y familiares. El apoyo alimentario a grupos y centros infantiles y comedores escolares, en situación normal y en situaciones de desastre, ha constituido, junto con la salud y la educación, la base de las intervenciones de estas instituciones de apoyo popular.

Una de las acciones más importantes en el Programa de Salud Rural (PSR) eran las Reuniones Comunitarias para el análisis de los datos que proporcionaba la evaluación por "Indicadores Trazadores": defunciones maternas e infantiles, incremento de diarreas, malaria, infecciones respiratorias, casos de enfermedades inmunoprevenibles, desnutrición severa, contaminación de fuentes de agua, y otros problemas para los que el PSR programaba y ejecutaba intervenciones específicas. Representantes de los Comités de Desarrollo Comunitario participaban activamente en el análisis exhaustivo de los trazadores y en la fijación de soluciones y de nuevas estrategias si eran necesarias, para lograr los mejores resultados. Estas reuniones constituyeron acciones que concitaban el mayor interés de funcionarios de salud, autoridades y representantes comunitarios y locales; y fueron siempre una importante expresión de participación comunitaria. Los compromisos de solución o superación de problemas constituían sólidos elementos de apoyo para la meta global de hacer cada vez mejores esfuerzos en beneficio de todos.

Los municipios otorgaron prioridad a los programas de salud brindando apoyo al desarrollo y mantenimiento de establecimientos de salud, mejoría de los sistemas de abastecimiento de agua y eliminación de desechos líquidos y sólidos, inspección y vigilancia de los centros de producción de alimentos, deportes, recreación, apertura y mejoría de carreteras, turismo, vivienda, asentamientos humanos, apoyo a medidas de prevención y control de enfermedades. En los presupuestos municipales se dispone de fondos específicos para las acciones de salud, en coordinación con las regiones sanitarias del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En los ochentas se produjo disminución de las acciones de los Puestos de Salud Rural y Comunitaria, con reducción de la participación comunitaria. En los noventas, el desarrollo de los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), en el primer nivel de atención, constituyó un nuevo impulso de incorporación activa de la población en las más adecuadas soluciones. Costa Rica tiene una exitosa experiencia de participación comunitaria a lo largo de todas las etapas de desarrollo de los servicios de salud y educación. El desafío fundamental para el nuevo siglo es garantizar que esta forma de enfrentarse a los problemas y resolverlos, esté garantizada no sólo por dispositivos legales, sino fundamentalmente por el convencimiento que es la mejor manera de hacer el futuro.

Desarrollo de recursos humanos en ciencias de la salud

Los servicios de salud reciben el apoyo de personal de todas las áreas de ciencias de la salud. La Universidad de Costa Rica (UCR) ha tenido un papel destacado en el desarrollo de recursos humanos profesionales y técnicos, que eran formados en su mayoría en otros países hasta mediados del siglo XX. La creación de facultades y escuelas tuvieron preferencia para apoyar el desarrollo sanitario con personal preparado para atender las necesidades nacionales, bajo la dirección de instituciones que buscaron la universalización y el cambio de las modalidades de la atención, expandiendo servicios a todas las regiones. Las inversiones fueron altas en la formación de especialistas y técnicos, contándose con el apoyo de OPS/OMS y otros organismos internacionales. La adaptación de los recursos humanos a los diversos programas fue un desafío extraordinario que tuvo respuesta con la creación de otras universidades y centros de investigación.

La CCSS creó el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS) que ha contribuido de manera destacada en la formación del personal que los servicios han venido necesitando. Nuevos desafíos aparecen con una oferta creciente de algunos profesionales y las necesidades del nuevo perfil demográfico y epidemiológico. Los responsables de la salud, desde los niveles primarios a los de máxima complejidad, requieren profesionales y técnicos de áreas sociales, económicas, de comunicación, de orientación psicológica, informática, administración y alta gerencia. Los procesos de educación médica continua, de control de la calidad profesional, de la garantía ética del acto sanitario, de la introducción de nuevas tecnologías de registro, información y telecomunicación, son otros elementos que se suman al desafío del futuro de la salud.

14.4- Coordinación de la cooperación internacional en salud

Los logros mencionados, en acciones conjuntas, con múltiples instituciones nacionales e internacionales, tuvo siempre el apoyo amplio, oportuno y eficiente de OPS/OMS, que no sólo movilizó sus recursos de programación anual, sino que actuó como coordinadora o enlace entre las instituciones costarricenses del Sistema de Salud y los organismos de cooperación de diversos países (Estados Unidos de América, Canadá España, Suecia, Japón, y otros); Organizaciones no Gubernamentales; Agencias del Sistema de Naciones Unidas (UNICEF, PNUD, FAO, UNESCO, OIT, PMA y otras); del Sistema Interamericano (OEA) y de Integración Centroamericana (BCIE, SICA); y los entes financieros como el Banco Mundial (BM), Fondo Monetario Internacional FMI), Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Los logros en Salud en el Siglo XX permitieron avances notables que transformaron el perfil de la salud-enfermedad en Costa Rica, determinando a su vez, una serie de desafíos para concluir esfuerzos, mantener acciones eficaces, incrementar la inversión en salud, introducir cambios necesarios en el enfoque tecnológico, y otros elementos, que se destacan

como parte de las prioridades del quehacer costarricense en la búsqueda del desarrollo nacional, entendido como la armonía con la naturaleza, el respeto de los derechos humanos, la ausencia de fuerzas armadas, el proceso educativo y sanitario universal con alto grado de equidad y de responsabilidad del Estado y de la sociedad nacional. La salud y la educación han sido y seguirán siendo el sustento básico de la democracia, el respeto a los derechos humanos y la reducción permanente de la iniquidad económica y social.

La cooperación internacional ha de mantenerse en áreas prioritarias de las entidades del sistema de salud, consolidando los avances logrados; enfrentando los nuevos retos demográficos, económicos y sociales; y haciendo posible el trabajo con otros sectores del desarrollo nacional para lograr armonía, calidad y permanencia de los cambios. Los responsables de la conducción del sector salud tienen la capacidad y la autoridad para coordinar la cooperación externa, y facilitar alianzas que hagan sostenible el desarrollo humano, con equidad y respeto a los derechos de todos los costarricenses.

14.5- Participación en el desarrollo sanitario y la pacificación de Centroamérica

La Alianza Centroamericana para el Desarrollo Sostenible (ALIDES) señala que Centroamérica tiene "como principal desafío su consolidación como una región de paz, libertad, democracia y desarrollo. Ello implica constituir una comunidad pluralista de seguridad humana, basada en el crecimiento económico, la equidad social, la sostenibilidad ambiental y robustos lazos de cooperación centroamericana".

El sector salud realiza reuniones anuales (RESSCAD), rotatorias, para analizar los problemas y los niveles de desarrollo sanitario, procurando establecer proyectos que logren beneficios para la región.

Costa Rica estuvo presente en los procesos de búsqueda de la armonía social y el respeto a las diferencias políticas y sociales con un apoyo destacado al Plan "La Salud un Puente para la Paz". OPS/OMS tuvo importante participación en todas las etapas del Plan. Desde los acuerdos iniciales en la Isla Contadora - Panamá, la reunión de Presidentes en Esquipulas - Guatemala, y los múltiples eventos en diversas ciudades centroamericanas, Costa Rica mantuvo el liderazgo en la búsqueda de la cooperación política, técnica y financiera de Naciones Unidas, países de América y Europa, para la reducción de los conflictos bélicos, de desplazamiento de población dentro y fuera de los países en condición de asilados y migrantes, y el desarrollo de la producción nacional, la pacificación nacional, y la ejecución de programas conjuntos de salud que permitieron el control de las enfermedades que afectaban a la mayoría de la población. El premio Nóbel de la Paz otorgado al Presidente Oscar Arias Sánchez, fue uno de los hechos de reconocimiento del aporte sustantivo y eficiente del pueblo costarricense.

La emergencia de enfermedades como el cólera, en 1991, y el incremento de la malaria, el dengue, la tuberculosis, las diarreas agudas por contaminación de aguas y alimentos; así

como los desastres naturales, constituyeron un desafío para la región centroamericana que integró grupos técnicos, con el apoyo de OPS/OMS y otras agencias de cooperación, para controlar los brotes epidémicos, el incremento de la morbilidad y mortalidad, y la reducción de la producción nacional. Las enfermedades emergentes conforman grandes desafíos para el nuevo siglo, no sólo porque persisten pese a los esfuerzos realizados, sino que se ha agregado la presencia de hantavirus y el incremento de leptospirosis en áreas de desarrollo agrario. El incremento de casos en EEUU y Canadá y las características epidemiológicas del Virus del Nilo Occidental constituyen un riesgo que obliga a vigilancia permanente de aves migratorias, importación de casos, y lugares más probables de introducción de la enfermedad.

Costa Rica, en el último tercio del siglo XX, participó con intensidad en el desarrollo de los procesos de planificación en salud, ampliación de la cobertura de los servicios de la seguridad social en Centroamérica, incremento de acciones de prevención, control y vigilancia de enfermedades transmisibles, mejoría de la salud ambiental, participación de la población en la gestión de los servicios. El apoyo al programa de "Salud para Todos" fue permanente, desde su gestación con OMS/OPS hasta la ejecución de acciones conjuntas con todos los países centroamericanos y República Dominicana. Al finalizar el siglo, Costa Rica había rebasado las metas que se formularon en Alma Ata, replanteando la Renovación de Salud para Todos en el siglo XXI, con la universalización de la atención primaria, la reforma de los servicios de atención a las personas y al ambiente, la participación de las comunidades en la solución de los problemas sanitarios, los factores de riesgo y los que mantienen niveles altos de pobreza, por la insatisfacción de necesidades básicas, constituyendo fuertes barreras para el desarrollo.

Los desafíos en la integración de esfuerzos en Centroamérica y República Dominicana están vinculados a insuficientes recursos financieros, incremento de los niveles de pobreza, la migración, las dificultades en la integración y en la implantación de la reforma de los servicios de salud a la población. Los sistemas de salud han de disputar la prioridad en la inversión pública para cumplir a cabalidad con sus aportes al desarrollo nacional. Costa Rica ha logrado avances importantes en la universalización, en la reforma del sistema, en la inversión sanitaria, en la formación de personal, y otras áreas. La Salud para Todos ha de mantenerse como el desafío más importante.

14.6- Atención primaria y renovación de Salud para Todos

En los últimos años, dentro del proceso llamado Reforma de la Salud, se ha profundizado la renovación del compromiso de "Salud para Todos" lanzada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los países miembros a finales de los setentas, a la luz de los cambios globales que están afectando e incidiendo en la salud de las personas, los sistemas de salud y las modalidades de la cooperación técnica. Se ha reafirmado el compromiso de alcanzar un mundo donde la salud sea patrimonio de todos. Para esto se requiere enfoques

innovadores, liderazgo y adecuación de la estrategia a los nuevos desafíos, y a la visión de escenarios alternativos que reduzcan la incertidumbre, y hagan posible la universalización del acceso a servicios de salud de calidad, con adecuada capacidad resolutiva.

Se dice que la SPT/2000 era la búsqueda de una utopía, de algo inalcanzable. Tal vez se olvida que la búsqueda fue estímulo constante para superar dificultades; que se generaron formas diversas de solución; que hubieron países, entre ellos Costa Rica, que consideró la Salud para Todos como una transformación del sistema de servicios; como un desafío para hacer posible que todos tuvieren acceso a prestaciones integrales de salud, como una forma permanente de adaptar soluciones a las situaciones cambiantes de la sociedad y que ha logrado avances destacados, reconocidos en todos los foros internacionales

La atención primaria de la salud no es un programa limitado a atender a los pobres o marginados. Incluye a toda la población, según sus necesidades y grado de riesgo o exposición a factores adversos, asignando recursos financieros y tecnológicos que la sociedad debe poner a disposición de todos los ciudadanos.

Para hacer posible la Salud para Todos no sólo es necesario reiterar la decisión de la universalización del acceso a los servicios de salud, sino consolidar la participación de todos. Desde el más alto nivel político debe establecerse prioridades para la inversión en salud. Los líderes y representantes de la opinión pública, los partidos políticos, los representantes de los cuerpos legislativos, las asociaciones profesionales, las universidades, los grupos religiosos y los empresarios, deben participar en el proceso de hacer posible la información que orienta e impulsa la acción hacia la superación de los problemas prevalentes en el país.

Las estrategias tendrían que incluirse dentro de las prioridades que el sistema de salud tiene en función de la situación sanitaria y social y de sus tendencias, a fin de alcanzar la universalización del acceso a los servicios de salud y el mayor grado de bienestar, con el propósito de enfrentar los desafíos del Siglo XXI, con la seguridad que ofrece una población saludable, con sentido de compromiso y solidaridad, ofreciendo acciones iguales para todos, y más para quien más lo necesite, dondequiera que se encuentre. "Nadie se puede quedar atrás", como se dice en el Popol Vhu, "todos tenemos que ir juntos..."

14.7- Perspectivas de la salud en Costa Rica

La salud en el siglo XXI estará influida por el grado de desarrollo económico y social que alcance Costa Rica, y lo que con otras naciones se logre definir y coordinar en el ámbito centroamericano, y en otros bloques económicos y de desarrollo social. Es necesario asegurar que las prioridades estén enmarcadas en los principios de equidad, acceso universal a los servicios, solidaridad y justicia social. El desarrollo humano permanente es tarea que el sector salud tiene que apoyar con alto grado de prioridad. En esta labor será muy importante el trabajo conjunto, la modernización de las instituciones, la participación social en todos los niveles de acción, la inversión en las áreas que hagan sostenible el mejoramiento de los

niveles de vida en todo el país.

El principal desafío que tiene el Sector Salud en el inicio del siglo XXI es la desigualdad en las condiciones económicas, sociales, y sanitarias de algunos grupos de población, que generan dificultades en el acceso, calidad y cobertura de los servicios. La experiencia costarricense del siglo pasado refuerza la convicción que es necesario focalizar los esfuerzos en los grupos más vulnerables de la sociedad, mediante la generación de oportunidades, el combate a la pobreza, la satisfacción de las necesidades básicas en educación, salud, ambiente y vivienda, y no sólo por razones éticas, sino también porque permite la gobernabilidad y la sostenibilidad de los procesos de desarrollo.

En el marco de la transformación productiva es necesario el análisis exhaustivo de los escenarios determinantes y condicionantes de la salud, de las barreras que limitan el acceso a la atención a la salud, de los perfiles de la demanda y de la oferta de servicios, de las diversas fuentes y formas de financiamiento, de la manera cómo se administran y se conducen las instituciones de salud, así como un análisis de los escenarios futuros, para determinar cuán factible es la cobertura universal, la satisfacción de las necesidades básicas, y qué perfiles habrán de tener los servicios a la población, en un mundo altamente competitivo y con una sociedad cada vez mejor informada y vigilante de la eficiencia y de los resultados favorables. Estos son los contextos que desafían nuestra capacidad técnica y científica, que nos comprometen a todos; que demandan respuestas certeras a las universidades acerca de los recursos humanos que deben formar; que plantean nuevos desafíos a los que conducen la salud de los pueblos; que reclaman mayor participación social de los diversos actores de la sociedad; que nos señalan a todos que llegó la hora de las definiciones y de actuar, si queremos que este nuevo siglo tenga claros horizontes de desarrollo pacífico, de bienestar, de solidaridad, de compromiso de ir juntos en igualdad de condiciones y oportunidades.

Bibliografía

Centro de Información y Análisis sobre Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (LACRSS). Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Costa Rica, 2da. edición, mayo 2002
http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/corpres.pdf (02 12 2002)
Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. 7º. y 8º. Informes, 2001, 2002.
http://www.estadonacion.or.cr (07 11 2002)
Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia de Modernización. Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP) , 2001
http://www.binasss.sa.cr/Pascr.pdf (07 11 2002)
Guendel G. Guendel, Trejos G. Luis Diego. Reformas Recientes en el Sector Salud de Costa Rica. Serie: Foro de la Salud Pública No.1. Universidad de Costa Rica, Departamento de Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).diciembre 1992

Homedes, N / Ugalde A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. Gac Sanit v. 16 n.1 Barcelona ene-feb 2002. Proyecto SciELO - España
http://www.scielosp.org/pdf/gs/v16n1/v16n1a06.pdf (02 12 2002)
Indicadores básicos. Situación de salud en Costa Rica, 2002. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud Representación en Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). San José, 2002
Indicadores de Salud Cantonales, Costa Rica - 2002. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud Representación en Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). San José - 2002
http://www.cor.ops-oms.org/TextoCompleto/redirect.asp?linkid=255 (02 12 2002)
Indicadores de Salud ¿Mejoró la equidad? - Costa Rica 1980-2000. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud rerpresentación en Costa Rica. Dr. Marcelo Bortman, consultor OPS/OMS. San José, 2002
http://www.cor.ops-oms.org/TextoCompleto/redirect.asp?linkid=242 (02 12 2002)
Jaramillo Antillón, Juan. Salud y Seguridad Social. Editorial Universidad de Costa Rica, 1993
Mata J., Leonardo. Control y Erradicación de Enfermedades Infecciosas. Simposio Internacional en San José - Costa Rica, 1985. Serie de Copublicaciones de la OPS No.1
Ministerio de Salud. Proyecto CARMEN - Costa Rica., enero 1999
Ministerio Salud. Encuesta Nacional Nutrición. Fascículo 1: Antropometría. Costa Rica, 1996
Ministerio de Salud, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud. Encuesta Nacional de Nutrición. Fascículo 4: Caries Dental, Costa Rica, 1996
Ministerio de Salud, Oficina Sectorial de Planificación. Plan Nacional de Salud 1974-1980. Publicación del Ministerio de Salud, Costa Rica, abril 1971
Ministerio Salud, Costa Rica. Programa de Salud para Comunidades Rurales. San José, 1974
Miranda Gutiérrez, Guido. Presidente Ejecutivo de la CCSS: La Seguridad Social en el Desarrollo de la Salud y el Bienestar de la Población. Foro Salud y Desarrollo en Costa Rica, Dimensiones Políticas y Aspectos Intersectoriales. Colegio de Médicos y Cirujanos, 5 de julio de 1988. OPS/OMS
Miranda Gutiérrez, Guido. La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica. Segunda edición: 1994. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS)
Rosero Bixby, Luis. Determinantes socioeconómicos y sanitarios del descenso de la mortalidad infantil. Simposio Internacional sobre Control y Erradicación de Enfermedades Infecciosas. San José - Costa Rica, 1985
Sáenz, Lenín. Salud sin Riqueza: el caso de Costa Rica. Publicaciones Ministerio Salud, 1986.
Salas Chávez, Álvaro. Presente y Futuro. Caja Costarricense de Seguro Social. Mayo 1988
Situación de Salud Costa Rica 2002. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud Representación en Costa Rica. Dr. Marcelo Bortman, consultor OPS/OMS. San José, 2002
http://www.cor.ops-oms.org/TextoCompleto/redirect.asp?linkid=222 (02 12 2002)

Solis, Otton. Ministro de Planificación y Política Económica: La Salud en el Contexto del Desarrollo Económico y Social . Foro Salud y Desarrollo en Costa Rica, Dimensiones Políticas y Aspectos Intersectoriales. Colegio de Médicos y Cirujanos, 5 de julio de 1988. OPS/OMS.
La Transición de la Nutrición y la Salud de Costa Rica Democrática. Muñoz, Carlos y Scrimshaw, Editores. International Foundation for Developing Countries (INFDC), 1995. Publicación INCAP DCE/019, Guatemala, diciembre, 1996
Organización Mundial de la Salud (OMS) . Hacer Retroceder la Malaria - Roll Back Malaria. Ginebra, 2000
http://www.who.int/rbm (02 12 2002)
OPS. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Número Especial: 75º. Aniversario de la OPS. Vol LXXXIII, No.6, diciembre 1977
OPS/OMS, Ministerio de Salud, UNEP, GEF. Inv. Mario Vargas V. Diagnóstico Situacional de la Malaria y el uso del DDT en Costa Rica. . San José, setiembre de 2001
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) . Historia de la Organización Panamericana de la Salud. OPS, 1992
Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, USAID, Basics. La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en los países de América Latina. Informe de la Reunión de Evaluación y Planificación del Proyecto. Quito, Ecuador, 27-29 de enero de 1998
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). ¿Qué es la estrategia DOTS/TAES?. Guía para la estrategia de lucha antituberculosa. 1999
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). La Salud en las Américas, Edición 2002.
UNICEF. Carlos Castro Valverde. Yodización de la sal: la experiencia de Costa Rica en la reducción del Bocio endémico, 1997
Villegas, Hugo. Extensión de la Cobertura de Salud en Costa Rica. Boletín de la Oficina sanitaria Panamericana. Número Especial: 75º. Aniversario de la OPS. Vol LXXXIII, No.6, diciembre 1977, págs.537-544
Villegas, Hugo. La Salud hacia el Siglo XXI: Acciones prioritarias del Sistema Nacional de Costa Rica . Netsalud, Ministerio de Salud - Costa Rica, junio 1995
Villegas, Hugo. Atención Primaria en Salud en la Década de los Setentas - Costa Rica. Inédito. Octubre 2002

Capítulo 15. Aportes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la salud pública costarricense

La Organización Panamericana de la Salud es el organismo internacional de cooperación técnica en salud más antiguo del mundo, creado en 1902 por los gobiernos de las Américas. En 1949, asumió las responsabilidades de Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, convirtiéndose en agencia especializada en salud del Sistema de Naciones Unidas, manteniendo su condición de organismo técnico de la Organización de Estados Americanos (OEA).

En este apartado se resume por épocas los acciones más importantes de Costa Rica en el campo de la salud pública y se muestran sus principales avances en el siglo XX, así como también, los aportes más significativos de la cooperación técnica del la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en los procesos nacionales durante las diversas etapas del desarrollo del sistema de salud.

1900- 1939: Desarrollo de la salud pública

Principales acciones	Situación de salud
• Creación del Departamento de Higiene Escolar Pública para proteger la salud de los niños entre los 7 y 14 años. • Creación de la oficina de la Subsecretaría para la Higiene y Salud Pública que luego se llamó Ministerio de Salud (1922) • Ley No. 52, Protección de la Salud Pública, que obligó a capacitar al personal de salud. • Creación de la Hermandad de Caridad para el Hospital de Limón, dando un cambio importante al concepto de caridad por el de protección social con participación del gobierno. • Creación del Banco Nacional de Seguro, que en 1948 se denominó Instituto Nacional de Seguros. • Creación de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salubridad Pública y Protección Social. (1927) • Desarrollo de investigaciones en salud con énfasis en bocio endémico, enfoques inmunológicos, obtención de sueros antiofídicos (Clodomiro Picado). • Participación de profesionales costarricenses en el estudio de los sistemas de protección sanitaria de los trabajadores, que dieron origen a la Seguridad Social. • Participación de Costa Rica en la primera Convención sanitaria Internacional de las Repúblicas de las Américas en 1902.	• Esperanza de vida al nacer: 34,7 años en 1900. • Mortalidad general 22,8 defunciones x 1000 h. en 1900. • Mortalidad infantil, 166,2 x 1000 n.v. en 1928 y 140,1 en 1939. • Mortalidad menores de cinco años: 51%. • Enfermedades infecciosas y parasitarias: 65% (1920) • Erradicación de la viruela, 1938. • Enfermedades predominantes: desnutrición, diarreas agudas, infecciones respiratorias agudas, parasitismo intestinal, malaria, tuberculosis.

Cooperación de la OPS

- Realización de la Cuarta Conferencia Sanitaria de las Américas en San José, en 1910. Orientación hacia la salud en general, y no solamente en las medidas de cuarentena por enfermedades epidémicas.
- Orientación técnica en el control y prevención de la fiebre amarilla, la peste y la viruela.

Cooperación de la OPS

- Aporte en legislación en salud con la promulgación del Código Sanitario de las Américas, en 1924
- Apoyo en la formación de recursos humanos en salud pública, dando énfasis al control y prevención de enfermedades.
- Orientaciones en el saneamiento ambiental, la prevención de contaminación de fuentes de abastecimiento de agua y de alimentos.
- Cooperación en las medidas de control y prevención de enfermedades vectoriales, gastrointestinales, parasitarias, y mejoría del ambiente comunitario, desarrolladas con el aporte técnico y financiero de la Fundación Rockefeller.
- Apoyo en la capacitación de profesionales costarricenses en la protección sanitaria de los trabajadores, y en el estudio de la necesidad de creación de un Instituto de Seguridad Social.

Delegados de la séptima Conferencia Sanitaria Panamericana, en la Habana Cuba, en la que 18 países asistentes, entre esos Costa Rica, firmaron el Código Sanitario Panamericano, el 14 de noviembre de 1924.

1940- 1969: Desarrollo del sistema de salud y de la seguridad social

Principales acciones	Situación de salud
• Aprobación en 1941 de la ley que establece la Caja Costarricense de Seguro Social. • Se establece el Programa de Enfermedad y Maternidad y el seguro familiar. • Ley No. 24, incorpora el seguro obligatorio en la sección III "En las Garantías Sociales" de la Constitución Política. • Entra en vigencia el régimen de invalidez, vejez y muerte, para brindar a los asalariados la protección obligatoria. • Se publica el primer Código de Salud, 1943. • La Secretaría de Salud pasa a llamarse Ministerio de Salud Pública. • Se crea la Dirección General de Asistencia Médico-Social. • Se establece el Programa Costarricense de Alimentación Complementaria. • Se crean los Centros de Nutrición, que atienden menores de seis años, mujeres embarazadas y en lactancia. • Se creó el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados en 1961, hoy Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. • Ley No. 2738, establece la universalización del seguro social. • Se crean el Programa de Recuperación Nutricional para atender niños desnutridos y el Programa de Nutrición Familiar/Jardín Escolar en coordinación con los ministerios de Educación y Agricultura. • Desarrollo del Programa de Erradicación de la Malaria, con el tratamiento colectivo como acción básica en la eliminación de la enfermedad.	• Esperanza de vida 65,64 (1969) • Disminución de las enfermedades infecciosas y parasitarias como principal causa de muerte a 22,5% del total de muertes. • La Mortalidad general bajó a 6,6 por mil. • La Mortalidad infantil disminuyó a 61,5 x 1000 n.v. • La Mortalidad proporcional de menores de 5 años se redujo a 41%. • En esta etapa se inició la transición epidemiológica. Erradicación de la fiebre amarilla, 1952 • Desarrollo progresivo de programas de saneamiento ambiental con énfasis en abastecimientos de agua, eliminación de excreta y residuos sólidos • Desarrollo de la infraestructura de servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social. • Implantación de los regímenes de enfermedad-maternidad, invalidez-vejez-muerte para dar atención integral a los trabajadores afiliados a la CCSS. • Desarrollo del Programa de Erradicación de la Malaria a nivel nacional, con eje en control de vectores y tratamiento de enfermos palúdicos. La malaria disminuyó de manera notable en todo el país, casi a niveles de eliminación de la transmisión en la década de los setentas. • Eliminación de la encefalitis equina en 1969, la cisticercosis porcina. Control de leptospirosis. • Facultad de Medicina de la UCR en desarrollo. Primeras promociones de médicos formados en Costa Rica.

Principales acciones	
• Desarrollo efectivo del Programa de Unidades Móviles en el Área Rural (PUMAR) • Inauguración del Hospital Nacional de Niños en 1964. • Inauguración del Hospital México en 1969. • Creación del Programa de Unidades Móviles en el Área Rural (PUMAR) • Control y prevención de enfermedades inmunoprevenibles mediante programas de vacunación a nivel nacional. • Creación de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica en 1947. Los primeros alumnos ingresaron en 1959. • Creación del Departamento de Veterinaria que desarrolló campañas contra la tuberculosis bovina, medidas de protección contra la fiebre aftosa y la peste bovina, control de la introducción de rabia canina, reglamento para inspección sanitaria de la carne y su industrialización.	

Cooperación de la OPS

- Cooperación técnica y financiera en la creación y desarrollo del Sistema de Seguridad Social – CCSS.
- Apoyo a la Junta de Protección Social en la mejoría de la prestación de servicios hospitalarios.
- Participación en la formación de recursos humanos en las diversas facultades y escuelas de ciencias de la salud de la Universidad de Costa Rica.
- Apoyo financiero mediante becas para la capacitación de profesionales costarricenses en centros internacionales para apoyar el desarrollo de especialidades médicas, enfermería, nutrición, salud ambiental, infectología, microbiología, farmacia, odontología, estadística y administración de servicios de salud.
- Asistencia técnica y financiera en el desarrollo del proceso de Planificación Nacional en Salud, orientado al análisis de situación de salud, programación de actividades, vigilancia epidemiológica, evaluación de resultados.
- Apoyo a la formación de especialistas en salud pública, saneamiento ambiental, epidemiólogos, administradores de hospitales y servicios ambulatorios de salud.

Cooperación de la OPS

- Participación técnica y financiera en el control y prevención de enfermedades inmunoprevenibles y el desarrollo del Programa de Vacunación, a nivel nacional.
- Cooperación en los programas de alimentación y nutrición, Encuesta Nacional de Nutrición (1966), desarrollo de Centros de Educación y Nutrición (CEN-CINAI).
- Participación técnica y financiera en la erradicación de la malaria, control de vectores y tratamiento colectivo casa a casa, formación de personal oficial y comunitario, vigilancia epidemiológica nacional.
- Creación del nivel de Representación de OPS/OMS en Costa Rica con el propósito de brindar el mayor apoyo técnico, financiero y de coordinación de la cooperación internacional en salud, en acciones conjuntas con las instituciones del sector salud y de otros sectores e instituciones públicas y privadas orientadas al desarrollo integral sostenible.

Estudiantes de enfermería cuidando niños como parte de su entrenamiento en pediatría. Hospital San Juan de Dios, San José, CR

Década de los 70: Integración del sistema de salud y universalización de la atención

Principales acciones	Situación de salud
• Universalización de la atención médica a toda la población. • Ley de traspaso de hospitales a la CCSS, No. 5349. • Ruptura de los topes de cotización del seguro social. • Ministerio de Salud como ente rector del sector salud y la CCSS como institución responsable de la atención de la salud de las personas. • Desarrollo de los Programas Salud Rural y Salud Comunitaria en áreas urbano-marginales. • Son fortalecidos sustancialmente los programas de saneamiento ambiental, suministro de agua potable limpia e inmunizaciones. • Se crea el Fondo Social de Desarrollo y de Asignaciones Familiares. Financia programas de nutrición del Ministerio de Salud. • Desarrollo del Programa de Unidades Móviles Odontológicas en Áreas Rurales. • Implantación del Programa de Fluoración de Sal Doméstica para control y prevención de problemas odontológicos. • Fortificación de la sal con yodo, el azúcar con vitamina A y la harina de trigo con hierro y vitaminas del complejo B. • Ley General de Salud No. 5395, reemplaza el Código de Salud de 1949. • Ley Orgánica del Ministerio de Salud, No. 5412 • Incremento notable del control prenatal y del parto hospitalario. • Introducción de la rehidratación oral en todos los niveles de atención.	• Incremento notable de la cobertura de servicios de salud con atención integral de salud a toda la población (aumento del 39 al 78%) • Ministerio de Salud como ente rector del sector salud. • CCSS como institución responsable de la atención de salud de todas las personas a nivel nacional. • Aumento de la esperanza de vida a 70,80 años • Reducción la mortalidad general a 4,2 mil. • Reducción la mortalidad infantil a 22,0 por 1000 n.v. • Reducción de la mortalidad en menores de 5 años, en un 17%. • Cobertura servicio de agua potable, 60% de la población atendida. • Instalación de letrinas en áreas rurales y urbano-marginales, con apoyo amplio de las comunidades. • Aumento de la cobertura de servicios de salud mediante el programa atención primaria, 95% población rural. • Eliminación de la rabia en humanos (1970) y de la difteria (1975) • Erradicación de la poliomielitis, 1973. • Aumento cobertura de vacunación en todo el país. • Atención primaria de salud en las áreas urbanas marginadas mediante puestos de salud vinculados al Ministerio de Salud. • Reducción importante de la desnutrición grave y moderada. • Reducción acentuada de las defunciones por diarreas.

Principales acciones	Situación de salud
• Impulso a la investigación en salud con el CONICIT, INISA, INCIENSA, Facultad de Microbiología - UCR, CITA – UCR. • Asistencia técnica en el desarrollo del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud, con énfasis en la prevención y promoción de la salud mental (estimulación temprana, detección tratamiento de la ansiedad, educación familiar y orientación de padres y maestros). • Creación de la oficina de la Comisión Nacional de Emergencias en 1974, como entidad encargada de la planificación y ejecución de acciones en emergencias, desde las etapas previas al desastre hasta el final de la rehabilitación. • Apoyo a la participación de Costa Rica en Alma Ata - Rusia para consolidar la Declaración de "Salud para Todos", durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, en 1978. • Creación y desarrollo del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), 1974.	• Introducción de las sales de rehidratación oral. • Reducción destacada de los índices de piezas dentarias cariadas, perdidas y obturadas. • Desarrollo del Programa de Salud Mental con énfasis en la promoción y prevención. • Recursos humanos profesionales y auxiliares técnicos formados en universidades nacionales, CENDEISSS, Ministerio de Salud, AyA, INA.

Cooperación de la OPS

- Participación técnica y financiera en el proceso de universalización de la seguridad social y la integración de hospitales en la CCSS.
- Apoyo importante en la formulación de la Ley General de Salud y del Código Sanitario.
- Participación en la reorganización de la Caja Costarricense de Seguro Social en todos los niveles de atención y administración de servicios.
- Participación destacada en la creación y puesta en marcha del Programa de Salud Rural y Comunitaria en 1973
- Apoyo constante al Programa de Alimentación y Nutrición a nivel nacional, con énfasis en las áreas rurales y marginadas de centros urbanos.

Cooperación de la OPS

- Cooperación técnica y financiera en la formulación y puesta en marcha del Plan Nacional de Salud 1971-1980, que estableció las orientaciones para el desarrollo integral de la salud, la responsabilidad de las instituciones del sector, y las prioridades en los programas prioritarios.
- Apoyo para la participación de expertos costarricenses en la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Chile, 1972) que aprobó el Plan Decenal de Salud para las Américas, considerando la salud como un derecho de todos y no el privilegio de algunos.
- Apoyo técnico al Programa de Unidades Móviles Odontológicas, con énfasis en áreas rurales y urbano-marginales.
- Fortalecimiento de la División de Epidemiología del Ministerio de Salud para intensificar el registro y la vigilancia epidemiológica en todas las regiones de salud.
- Apoyo técnico y financiero al Programa Nacional de Vacunación para alcanzar coberturas máximas en todas las poblaciones de Costa Rica. Capacitación de personal en todos los niveles de atención. Desarrollo de la Cadena de Frío. Incorporación del país (1977) al Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y al Fondo Rotatorio del PAI (1979), que permitieron amplias coberturas, vacunación casa por casa en forma continua.
- Apoyo técnico al Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS) creado en 1974 con el propósito de apoyar la formación de especialistas y técnicos de la CCSS.
- Apoyo importante en el control y prevención de la deshidratación por diarreas agudas con la introducción de las sales de rehidratación oral, en todos los niveles de atención de salud y a nivel domiciliario, con el apoyo del Programa de Salud Rural y Comunitaria.
- Cooperación con otros sectores e instituciones del desarrollo costarricense con el propósito de lograr la atención integral a la población. Se realizaron acciones conjuntas con IMAS, DINADECO, INA, INVU, MAG, MEP, municipalidades y asociaciones de desarrollo comunitario. En estas actividades se coordinó esfuerzos con otras Agencias del Sistema de Naciones Unidas (UNICEF, PNUD, FAO, UNESCO, PMA) y organizaciones no gubernamentales diversas.
- Coordinación con el Ministerio de Planificación y Desarrollo (MIDEPLAN) en el proceso de planificación de las instituciones del sector salud (MS, CCSS, AyA, universidades)
- Apoyo a la capacitación de líderes comunitarios y población en general en la participación en el desarrollo local que conducían DINADECO, IMAS e INA).
- Cooperación importante en el desarrollo de la salud ambiental integral. Asistencia técnica a AyA, municipalidades y asociaciones de desarrollo comunitario. Énfasis en abastecimiento de agua segura, eliminación sanitaria de excreta mediante alcantarillado y letrinas, eliminación de desechos sólidos, control de desechos peligrosos, control del uso de plaguicidas y fertilizantes, prevención y control de desastres.
- Apoyo constante a la Comisión Nacional de Emergencias para la formulación de planes preventivos y de respuesta a situaciones de desastres naturales o creados por las personas.

Cooperación de la OPS

- Apoyo técnico y financiero en el desarrollo de la investigación en salud por institutos y universidades nacionales (CONICIT, INISA, INCIENSA, CITA, Facultad de Microbiología. Instituto Clodomiro Picado, Microscopía Electrónica, Hospitales San Juan de Dios, Nacional de Niños, México y Calderón Guardia.
- Cooperación técnica en el desarrollo del programa de Salud Mental del Ministerio de Salud, con énfasis en medidas de promoción y prevención de problemas de salud mental.
- Apoyo para el desarrollo del Centro de Rehabilitación para Enfermos Alcohólicos que el Instituto sobre Alcoholismo (INSA) creó para enfrentar uno de los problemas más importantes en Costa Rica.
- Apoyo técnico en el desarrollo del Programa de Nutrición a nivel nacional, con énfasis en la fortificación de alimentos con micronutrientes, atención en Comedores Escolares, fortificación de la sal con yoduro de potasio, fortificación del azúcar con vitamina A (1974). Orientación en la formulación de planes, guías, manuales y acciones orientadas a reducir la desnutrición infantil severa y moderada.
- Asistencia técnica continua en la formulación de planes y programas de prevención, asistencia y rehabilitación en desastres.

Década de los 80: Consolidación de la atención integral de la salud

Principales acciones	Situación de salud
• Consolidación del traspaso de hospitales a la CCSS. • Mejoría de la cobertura de servicios de salud (CCSS), de salud ambiental (MS, AyA), inmunizaciones, nutrición escolar. • Reducción del gasto público en salud, como consecuencia de la crisis financiera que afectó la economía nacional y las condiciones de vida de la población. • Integración los programas de salud rural y salud comunitaria con el nombre de Programa de Atención Primaria de Salud. • Fortificación de la sal con flúor. • Incorporación en el Programa de Libros de Texto (PALTEX) de la OPS. • Establecimiento de la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASSS) en 1983. • Apoyo técnico y financiero en el desarrollo de recursos humanos profesionales y técnicos en ciencias de la salud en el MS, CCSS, AyA, centros y universidades nacionales. • Control sanitario de la migración de mano de obra hacia las áreas agrícolas de producción de algodón, caña de azúcar, café, y banano. • Atención de refugiados y desplazados por los conflictos centroamericanos en centros donde se proporcionó atención sanitaria, alimentación, control de gestantes, enfermedades inmunoprevenibles, vectoriales y de transmisión sexual.	• Aumento de la esperanza de vida: 74,67 años • Tasa de mortalidad general disminuyó a 7,7 x 1.000 hab. • Tasa mortalidad infantil disminuyó a 14 x 1.000 n.v • La malnutrición grave casi desapareció • El país permaneció libre de viruela, polio, fiebre amarilla, rabia humana y difteria. • El crecimiento y desarrollo de niños continuó mejorando. • Atención prenatal a casi el 100% de las embarazadas • Aumento notable de algunas enfermedades emergentes: malaria y sida. • Introducción del VIH/SIDA • Participación activa en el proceso de pacificación de Centroamérica, en especial en el programa regional “La Salud un Puente para la Paz”. • Incremento de malaria en las áreas agrícolas bananeras por importación de casos de migrantes. • Incremento de enfermedades emergentes como VIH/SIDA, tuberculosis, malaria, leptospirosis.

Principales acciones	
• Participación de Costa Rica en el proceso de pacificación de Centroamérica. Apoyo destacado al Plan "Salud un Puente para la Paz" en las reuniones de ministros de salud y directores de seguridad social, así como en los más altos niveles de gobierno de la región. • Creación del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) (1986).	

Cooperación de la OPS

- Cooperación técnica y financiera en la consolidación del traspaso de hospitales, centros de salud y puestos de salud a la CCSS.
- Apoyo al proceso de modernización y descentralización de los servicios de salud del MS y CCSS, con participación activa de la comunidad.
- Cooperación en el desarrollo del nuevo modelo de atención con participación de grupos privados (medicina mixta, cooperativas médicas, medicina de empresa).
- Apoyo en la formulación de planes y programas que las instituciones del sector presentaron a organismos internacionales (BM, BID, PNUD, UNICEF, GTZ, Cooperación Española; Gobiernos de Japón, Canadá, Holanda, y otros) para el proceso de expansión de servicios, modernización administrativa, vigilancia de procesos, descentralización, programación local y evaluación del desempeño.
- Asistencia técnica al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), sucesor del INSA, con funciones principales en la prevención, investigación, tratamiento y rehabilitación del alcoholismo y la farmacodependencia.
- Apoyo para la fortificación de la sal con flúor para reducir las altas tasas de piezas dentales cariadas, perdidas y obturadas.
- Apoyo a la promoción y desarrollo de los proyectos de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN).
- Cooperación conjunta con OIT, GTZ y OPS/OMS-DANIDA en la compilación y difusión de legislación y reglamentación en materia de plaguicidas.
- Apoyo a la creación de la carrera de Nutrición en la Universidad de Costa Rica (1986). Asistencia en la capacitación de nutricionistas y dietistas.
- Apoyo a la formulación de legislación en vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos, control en la producción y comercialización de alimentos.
- Asistencia técnica destacada en la participación de Costa Rica en el proceso de pacificación de la región. En 1984, en la reunión de San José, los ministros de salud aprobaron la Iniciativa de Salud de Centroamérica (ISCA), que bajo el lema "La salud un Puente para la Paz" movilizó voluntades nacionales e internacionales, que culminaron en 1992 con la firma de acuerdos de paz y de desarrollo de las áreas en conflicto. Importante movilización de países europeos permitió disponer de recursos financieros y ayuda bilateral durante el proceso de pacificación.

Década de los 90: Proceso de reforma del sector salud

Principales acciones	Situación de salud
• Inicio del proceso de Reforma del Sector Salud, consolidándose la rectoría sectorial por el Ministerio de Salud, y la prestación de servicios integrales de salud a toda la población por la CCSS. • Readecuación del modelo de atención con énfasis en cobertura universal e integral a toda la población en las áreas y problemas prioritarios de salud. • Desarrollo de los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) como primer nivel de atención en las comunidades con menores recursos, en la primera etapa. Las Cooperativas de Salud asumieron alta responsabilidad en el desarrollo de EBAIS en el área Metropolitana de San José. • Consolidación del CENDEISSS, BINASSS, EDNASSS, en la formación de recursos humanos profesionales y técnicos, educación a distancia, producción de material educativo, y guías de atención en salud. • Fortificación de la harina de maíz con hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B. • Desarrollo de programas de control del dengue, enfermedad emergente reintroducida en 1993. • Medidas de control y prevención del cólera, reintroducido en 1991 en América, y en 1992 en Costa Rica, con baja incidencia. • Creación del Instituto Nacional del Cáncer (MS, CCSS)	• Instituciones del sector salud en pleno proceso de reforma, con el propósito de ampliar cobertura integral de salud a las personas y al medio ambiente. • Descentralización de la atención sanitaria en las regiones de salud, por niveles de complejidad de la atención, con participación activa de la comunidad. • Desarrollo de programas de control y prevención de enfermedades no transmisibles y de los factores de riesgo. • Fortalecimiento y ampliación de la cobertura de abastecimientos de agua, eliminación de excreta, eliminación de residuos sólidos, vivienda saludable, áreas de recreación, y protección ambiental. • Esperanza de vida, 76,9 años. • Tasa mortalidad general, 4,2 x 1000 habitantes. • Tasa mortalidad infantil, 11,8 x 1000 n.v. • Tasa mortalidad materna, 1,9 x 10.000 nacimientos. • El país permaneció libre de viruela, polio, fiebre amarilla, rabia humana y difteria. • El crecimiento y desarrollo de niños continuó mejorando. • El país empieza a caminar hacia la eliminación del sarampión. • No se registraron casos de tétanos neonatal. • Aumento de algunas enfermedades emergentes: malaria, sida, dengue, leptospirosis. • Desarrollo de medidas integrales que permiten el control y prevención del cólera, con escasa incidencia en el país.

Principales acciones	
• Desarrollo de acciones conjuntas con el Consejo Nacional de Rectores (CONARE), CONASUP y el SINAESS para regular la apertura de nuevas carreras en el área de salud, y acreditar las facultades y escuelas productoras de recursos humanos en ciencias de la salud. • Reorganización del AyA para incrementar coberturas de salud ambiental, mejorar los sistemas de vigilancia sanitaria de fuentes de agua y eliminación de excreta.	

Cooperación de la OPS

- Asistencia técnica y financiera en el desarrollo del proceso de Reforma Sectorial de Salud.
- Coordinación con diversas instituciones del sector salud en la integración de acciones para el desarrollo del sistema de salud, orientado a lograr el desarrollo sostenible de la sociedad costarricense.
- Apoyo técnico en la descentralización y regionalización de los servicios de salud.
- Participación en el desarrollo y capacitación continua de recursos humanos en todos los niveles del sistema de salud
- Apoyo a las facultades y escuelas de ciencias de la salud en la formación de recursos profesionales y técnicos para satisfacer las necesidades de la atención integral de salud en la CCSS, MS, AyA, y otras instituciones vinculadas al sector.
- Cooperación con el CENDEISSS en la formación y capacitación continua de especialistas y técnicos para atender las necesidades de los servicios de la CCSS.
- Becas y apoyo financiero para la formación de profesionales costarricenses en universidades, centros, y cursos internacionales, en áreas prioritarias.
- Apoyo técnico para el desarrollo del proceso de rectoría por parte del Ministerio de Salud.
- Asistencia técnica y financiera en el desarrollo de la vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles, emergentes y no transmisibles.
- Cooperación técnica y financiera con el Instituto de Acueductos y Alcantarillados en el proceso de reforma institucional y vigilancia de la calidad del abastecimiento de agua y disposición de excreta.
- Asistencia técnica en la formulación del Programa de Eliminación de Desechos Sólidos, con participación del MS, municipalidades, Ministerio del Ambiente.
- Cooperación técnica en el Programa de Adolescencia y Juventud de la CCSS
- Apoyo técnico y financiero en los programas de: Alimentación y Nutrición, Seguridad Alimentaria, Control de Alimentos, Centros de Educación y Nutrición.
- Apoyo técnico al control de calidad y desarrollo del programa de radioterapia de la CCSS.

Cooperación de la OPS

- Participación en la formulación del Programa de Atención de Salud a las Personas (PASP) - CCSS.
- Cooperación en el proceso de Análisis de Situación de Salud (ASIS), revisión de las Funciones Esenciales en Salud. Pública, evaluación de la prestación de servicios a la población en los diversos niveles de atención.
- Participación activa en los estudios de vulnerabilidad y preparativos para desastres. Capacitación de recursos humanos especializados. Cooperación con la Comisión Nacional de Emergencias en el desarrollo de programas de prevención y control de emergencias y desastres a nivel nacional.
- Apoyo a los programas de control y prevención de enfermedades crónicas, no transmisibles, con mayor prevalencia.
- Cooperación en la formulación y puesta en marcha del Proyecto Conjunto de Acciones de Reducción Multifactorial en Enfermedades no Transmisibles (CARMEN)
- Asistencia en el proyecto de Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), que conjunta acciones de control de diarreas, infecciones respiratorias agudas, malnutrición, enfermedades transmisibles reducibles por vacunación y problemas de salud que afectan a los menores de cinco años.
- Apoyo al desarrollo de los programas de cantones saludables y escuelas saludables.
- La Organización brindó cooperación técnica a procesos nacionales dirigidos a poblaciones de escasos recursos y cantones con rezago social, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y la Vicepresidencia de la República: la implementación del sistema de información para la gestión y el control de proyectos del Fondo de Desarrollo Social de Asignaciones Familiares (FODESAF) y la metodología del Triángulo de Solidaridad.

HITOS COSTARRICENSES AL FINAL DEL SIGLO XX

Población total: 3.810.179 habitantes

- Tasa esperanza de vida, 77,4 años. (hombres: 75,4 - mujeres: 80,1).
- Tasa bruta de natalidad: 19,9 por mil
- Tasa global de fecundidad: 2, 35 hijos
- Tasa de mortalidad infantil, 10,2 por 1000 nacidos vivos
- Tasa de mortalidad general, 3,8 por 1000 habitantes
- Tasa de mortalidad materna, 3,6 por 10.000 nacimientos
- Tasa de crecimiento de la población: 1,61 % anual
- Enfermedades erradicadas: viruela, polio, fiebre amarilla, rabia humana y difteria.
- Eliminación de tétanos neonatal, desde 1989 no se registran casos.
- Control de rubéola, paperas y tos ferina, tendencia permanente de reducción.
- En proceso eliminación del sarampión y la rubéola congénita.
- No se registran casos de cólera desde 1998.
- En proceso la eliminación de la lepra y la filariasis.
- Cobertura de servicios de agua 97,5% de la población total.
- Cobertura de agua potable, 75,7% de la población total.
- Cobertura de saneamiento con conexión de alcantarillado sanitario u otra solución apropiada para disposición de excretas, 96,1% de la población.
- Cobertura universal de la atención integral de la salud.
- A 1999, el 89% de la población estaba asegurada a través de nueve modalidades de aseguramiento, de estos un 12% aproximadamente recibía atención subsidiada por el Estado.
- Incremento de hospitales, clínicas y centros de atención médica privados.
- Mejoría del estado nutricional de la población, con reducción acentuada de la desnutrición severa y moderada.
- Fortificación de alimentos con yodo, flúor, vitamina A, hierro y ácido fólico.
- Utilización de sales de rehidratación oral en el tratamiento de las diarreas agudas.

- Énfasis en la atención primaria de salud con un enfoque de acciones integrales, participación comunitaria y de múltiples sectores para alcanzar el desarrollo sostenible.
- Desarrollo del Instituto Nacional del Cáncer.
- Desarrollo y ejecución del Plan de Atención de Salud a las Personas, con énfasis en control y prevención de riesgos y atención integral a los problemas de mayor prevalencia a nivel nacional.
- Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles, enfermedades emergentes, y enfermedades no transmisibles.
- Consolidación de avances en el proceso de reforma de las instituciones del sector salud.
- Rectoría del sector a cargo del Ministerio de Salud con funciones de conducción sectorial, regulación y fiscalización, organización y ejecución de las funciones esenciales de salud pública, garantía del aseguramiento de la población, vigilancia de la salud, participación en la coordinación de otros sectores para continuar avanzando en el desarrollo sostenible de Costa Rica, con participación plena de la comunidad.
- Prestación universal e integral de servicios de salud a las personas a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).
- Desarrollo suficiente de recursos humanos en ciencias de la salud en universidades y centros educativos nacionales y privados. Acciones para el control de calidad y la acreditación de centros formadores a cargo del Consejo Nacional de Rectores (CONARE), CONASUP y SINAESS.

INICIANDO EL SIGLO XXI

Los dos primeros años de la década iniciada en el 2000 aun constituyeron un periodo de transición caracterizado por:

- La terminación de los proyectos post-Mitch: control de enfermedades transmisibles, sistemas de vigilancia epidemiológica, atención en salud en zonas de alta inmigración, entre otros.
- El traslado de programas centroamericanos ubicados en Costa Rica desde las décadas anteriores debido a la situación prevalente en la subregión: salud y ambiente (MASICA), plaguicidas y salud (PLAGSALUD).
- El énfasis en la iniciativa gubernamental de reducción de la mortalidad infantil.
- El apoyo a proyectos de promoción de la salud a nivel local, relacionados con el abordaje de las enfermedades crónicas (proyecto CARMEN en Cartago), la atención a la salud ambiental (apoyo a una red de cantones ecológicos y saludables) y la seguridad alimentaria-nutricional (zona de Coto Brus en el sur, Upala y Los Chiles en el norte).
- El desarrollo de metodologías para los análisis de situación de salud y la vigilancia de la salud pública.
- El establecimiento de nuevas alianzas institucionales para la salud con organismos activos en el sector, como la Universidad de Costa Rica, el Estado de la Nación y la Defensoría de los Habitantes.

A partir de 2001, y con una aceleración a partir de 2002, se inicia un proceso de revisión de la cooperación de la Organización, acompañando los procesos nacionales tendientes a definir una nueva visión nacional de la salud para reorientar y fortalecer el sector salud durante esta nueva década, en dos de sus componentes fundamentales: el de salud con énfasis en la salud pública, y el de agua potable y saneamiento. Ambos procesos se han caracterizado por un alto grado de participación intra e interinstitucional e intra e intersectorial.

En ese marco, la OPS/OMS apoyó diversos análisis de situación de salud (globales o específicos: equidad, migración, indígenas, gasto y financiamiento, reforma, nutrición y alimen-

tación, otros), la medición de las funciones esenciales de salud pública, el análisis del sector agua potable y saneamiento, el análisis sectorial de salud, la política de salud y la agenda sanitaria concertada 2002-2006, entre otros.

Las nuevas perspectivas del sector salud de Costa Rica y los desafíos identificados para el desarrollo nacional, combinados con las reformas del Sistema de Naciones Unidas y de la propia Organización Mundial de la Salud, condujeron a la necesidad de definir una nueva estrategia de cooperación, que responda a las necesidades del país en los siguientes cinco años.

Este proceso, construido en forma conjunta con el país y en coordinación con el Ministerio de Salud, ha propiciado una amplia consulta a instituciones y organizaciones del sector salud y otros sectores interesados, para determinar el posicionamiento de la salud en el desarrollo general del país, y a su vez examinar los retos que enfrenta el país, las respuestas nacionales y de la cooperación.

Ocho retos principales han sido identificados. -Desarrollo: gobernabilidad, modelo de desarrollo socio-económico y reducción de iniquidades. -Salud: reducción de iniquidades en salud, mejoría de los logros alcanzados en salud, reducción de la exclusión social en salud, mejoría del acceso y la calidad de los servicios de salud, y agua potable para todos.

Para abordar las principales áreas críticas identificadas, la Organización en su conjunto, y en coordinación con las instituciones nacionales y otras agencias internacionales, desarrollará nuevas estrategias de cooperación con el fin de:

- Apoyar el desarrollo e implementación de las políticas nacionales en salud, incluyendo la Agenda Sanitaria Concertada.
- Apoyar a la coordinación del sector y la promoción de alianzas para la salud en todos los niveles, incluyendo con los cooperantes y otros sectores.
- Fortalecer la participación social y ciudadana, así como la de los gobiernos locales.
- Asesorar la revisión y la readecuación integral de la legislación y las regulaciones en salud.
- Cooperar para la producción, análisis y uso de la información para la toma de decisiones y el logro de la equidad.
- Desarrollar nuevos enfoques y estrategias de comunicación social en salud.

- Apoyar el desarrollo de nuevos mecanismos y formas de financiamiento para disminuir la exclusión de la población y garantizar la sostenibilidad del sistema y sus instituciones.
- Fortalecer el proceso político, gerencial y técnico en los diferentes niveles del sistema de salud.
- Colaborar en la revisión y adecuación de la red de servicios, la articulación de los servicios y programas de salud, la incorporación de los enfoques de calidad y promoción de la salud.

Entre las modalidades de cooperación, se consideran como fundamentales la de cooperación técnica entre países (o cooperación horizontal), en particular a nivel de Centroamérica, y la de fortalecimiento de las alianzas estratégicas para la salud (movilización de capacidades y recursos nacionales y locales).

Enfermeras del Hospital San Juan de Dios

Fe de erratas

En el capítulo 6, faltó la bibliografía del tema La Salud Mental en el siglo XX:

Adis Castro, G. (1991), Sobre la Historia de la Psicología Clínica en Costa Rica. Revista Cúpula, 27. 1991.

Adis Castro, G. (1992). Desórdenes Mentales en Costa Rica: Observaciones Epidemiológicas. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social. 1992.

Adis Castro, G, Thomas, P, y Hernández, R. (1969). Salud mental en el Estudiante Universitario. Centro de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica. 1969.

Adis Castro, G, (1994) La Psicología en la Universidad de Costa Rica: Apuntes Históricos. Ciencias Sociales 64:17-26

Adis Castro, G. (1991). Sobre la Historia de la Psicología clínica en Costa Rica. Rev. Cúpula. 27:30-34

Adis, Castro G. (1969). Algunas Observaciones sobre la investigación en psiquiatría social. Acta psiq. psicol.. Amér. Lat. 15:129-136.

Adis Castro, G. (1970). Perspectivas futuras en investigaciones socio-culturales en salud mental. Aca psiq. Psicol.. Amér.lat. 16:33-38.

Adis, Castro, G. (1983) Algunas consideraciones sobre la investigación futura en salud mental. Rev. Cost. Cienc. Méd. 4(1)13-16

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Ley N° 7600, de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Gaceta Oficial No 102. 1996

Asamblea General de las Naciones Unidas. Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Salud Mental. Asamblea General de la NU. Resolución 46/119, diciembre de 1991.

Asís Beirute, L. Análisis de la situación nacional de los programas de salud mental. Documento mimeografiado. Ministerio de Salud, 1984.

CCSS/Departamento de Información Estadística. Consultas Médicas por Especialistas en los Servicios de la CCSS. 1997-2000. CCSS, 2001.

CCSS (1980). Manual Informativo sobre Rehabilitación. CCSS.

CCSS. Programa de Salud Mental SALMEN. Documento mimeografiado. CCSS. 1996

Censo nacional de población. 1963. Estadística y Censos. Costa Rica.

Gallegos, A. y Míguez, HA. Prevalencia de alteraciones Psiquiátricas: Un estudio piloto. Rev. Costarric. de Cien. Med. 5:37-43. 1984

Gallegos, A (1974). Consideraciones sobre el Desarrollo Psiquiátrico en Costa Rica. Documento mimeografiado. CCSS. 1974.

Junta de Protección Social de San José. Proyecto de un Sistema Hospitalario Nacional.

Levav, I y cols. Salud mental para Todos en América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción. Bol. Ofic. San. Panam. 107:196-219. 1989

Levav, I. El Programa de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud. OPS. 1995.

Ministerio de Salud (2000) Memoria Anual. Costa Rica.

Ministerio de Salud. Subprogramas de Salud Mental. Documento mimeografiado. Ministerio de Educación Pública, Departamento de Educación Especial. 2002.

Ministerio de Salud/CCSS. Comisión Técnica Integrada de Salud Mental. Plan Nacional de Salud Mental 1985. Documento mimeografiado. M de S/CCSS. 1985.

Ministerio de Salud/CCSS. Plan Organizacional en Salud Mental y Atención Psiquiátrica.

Monge, Gerardo. La Atención de los Estudiantes con Necesidades Educativas Especiales.

Oficina de Planificación Nacional y Política Económica (OFIPLAN). Proyecto de un Programa Nacional de Salud mental. Documento Mimeografiado. OFIPLAN. 1976

OPS/OMS. Declaración de Caracas. OPS. 1990.

Roig, V. Coordinación de los servicios de salud mental. Documento mimeografiado. CCSS. 1980.

Roig, V. Manual de Organización de los Servicios de Salud Mental. CCSS. Coordinación de Servicios de Salud Mental. 1980.

Secretaría de Salubridad Pública y Seguridad Social. Memorias, 1940. Costa Rica.