

**La Transición de la Nutrición y la Salud de  
Costa Rica Democrática**

**Carlos Muñoz y Nevin S. Scrimshaw**

**Editores**

**Derechos de autor 1995, Internacional Foundation for  
Developing Countries (INFDC). Boston, MA, EEUU**

**Todos los derechos reservados**

# Tabla de contenido

## Introducción

Nevin S. Scrimshaw

1. Políticas y Estrategias de Salud 12

Dr. Edgar Mohs

2. Desarrollo del Instituto de Seguro Social 49

Dr. Guido Miranda

3. Desarrollo y características de los servicios de salud y nutrición para las comunidades urbanas y rurales de Costa Rica 84

Dr. William Vargas

4. Evolución del perfil epidemiológico 157

Dr. Lenín Sáenz

5. Factores socioeconómicos para comprender la política de salud durante los años setenta. 188

María Eugenia Trejos

6. Problemas y retos del sector salud durante los años ochenta 210

Dr. Carlos Muñoz Retana y José Manuel Valverde

Apéndice 1 Glosario

Apéndice 2 Lista de lecturas complementarias

Apéndice 3 Condiciones de salud en Costa Rica, 1994

## Contribuyentes de este volumen

**Guido Miranda** está con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), anterior Subdirector (1970-1978), y Presidente Ejecutivo (1982-1990).

**Edgar Mohs** fue Viceministro Costarricense de Salud de 1975 a 1978 y Ministro de Salud de 1986 a 1990.

**Carlos Muñoz Retana** es el Director del Departamento de Atención Primaria de Salud del Ministerio de Salud en Costa Rica.

**Lenín Sáenz** es el presidente de la Unidad de Planificación Sectorial del Ministerio de Salud de Costa Rica.

**Nevin S. Scrimshaw** es el Director de la Universidad de las Naciones Unidas, Programa de Alimentación y Nutrición para el Desarrollo Humano y Social, Boston, MA, EEUU, y Profesor Emérito del Instituto de Tecnología de Massachusetts. Fue director del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) de 1949-1961.

**María Eugenia Trejos** es Profesora en la Facultad de Economía de la Universidad Nacional en Costa Rica.

**William Vargas** es el Director del Departamento de Medicina Preventiva, de la Caja Costarricense de Seguro Social y Director del Departamento de Salud Pública de la Facultad Costarricense de Medicina de la Universidad de Costa Rica, y anterior director del Programa Costarricense de Salud (1974-1975).

# Introducción

La notable mejora en la salud y las estadísticas de nutrición en Costa Rica de la de un país en desarrollo a la de los países industrializados en un solo decenio en los años setenta no tiene precedente. En 1970, la tasa de mortalidad infantil en Costa Rica de 68 por 1.000 no difirió marcadamente de la de otros Países Centroamericanos y, en común con estos países, menos de 10% del presupuesto de salud se asignó a medidas preventivas de salud (OPS, 1994).

A finales del decenio la tasa de mortalidad infantil había descendido a 19.1 (World Development Report, 1993) y los puestos de salud enfatizaron la prevención de enfermedades transmisibles, la salud de madres y niños, el saneamiento ambiental y la educación sanitaria, cubriendo 84% de la población total. Además, estas actividades se llevaron a cabo con armonía social por el gobierno democrático de un país agrícola pobre, resuelto a dedicar los recursos más adecuados al contrato social. Aunque las mejores circunstancias económicas de los años setenta ayudaron a incrementar el apoyo al sector salud, éste no fue mayor que en los otros países centroamericanos que dejaron de utilizar esta oportunidad. Hoy, a pesar de la crisis de ajuste estructural de los años ochenta, su tasa de mortalidad infantil de 13,9 por 1.000 es la más baja en el continente de América Latina e inclusive tan baja como la de algunos países industrializados. Se compara con un intervalo de 48,4 a 71,8 para los otros países de Centroamérica.

Este libro, escrito casi totalmente por funcionarios costarricenses que estuvieron íntimamente involucrados en esta revolución de la salud explora *lo que se realizó, cómo se hizo y por qué se hizo*. Describe el trasfondo y la variedad asombrosamente amplia de iniciativas sociales tomadas por los gobiernos de los años setenta, no solo en el sector salud, sino también en la educación primaria y secundaria, las universidades técnicas, la universidad nacional, el aprendizaje a distancia, el desarrollo de cooperativas, las medidas de protección de consumidores y el mejoramiento de infraestructuras físicas. También analiza la respuesta del sistema de salud ante la crisis económica de

los años ochenta y trata su evolución y continuidad. Un punto que no se recalcó en el texto es que Costa Rica ha logrado la transición de la salud únicamente mediante una transición demográfica incompleta. La tasa de natalidad bruta fue 33 en 1970 y 27 en 1991 (Informe sobre el desarrollo mundial 1993). La repercusión que esto tiene en los problemas económicos actuales, casi no se menciona.

El primer capítulo, escrito por el Dr. Edgar Mohs, Viceministro de Salud de 1975 a 1978 y Ministro de Salud de 1986 a 1990, narra que cuando José Figueres se convirtió en el presidente de Costa Rica en 1970, él y su gabinete de inmediato comenzaron a trabajar conforme su meta prometida de erradicar la miseria en Costa Rica. Mientras que el aumento de la productividad se vio como un medio para lograr este objetivo, se acordó enfocar los esfuerzos hacia los sectores de salud y educación. Consciente que, después de dos términos previos separados, esta sería su última oportunidad para servir al país como el presidente, Figueres empleó su poder y experiencia para impulsar importantes transformaciones sociales. Costa Rica se convirtió en el único país de las Américas que abolió sus fuerzas armadas para dedicar más de sus recursos al bienestar social y al desarrollo.

Las asociaciones profesionales se opusieron a los nuevos planes para el sector salud, algunos argumentando que una desviación de fondos de la medicina curativa a la medicina preventiva podría resultar en un aumento de la mortalidad. Incluso hubo una fuerte oposición de los funcionarios de la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OPS) a la transferencia de todos los hospitales al Caja de Seguro Social, tal como indica el Dr. Mohs en el capítulo I. Sin embargo, a pesar de tal oposición, se tomaron y ejecutaron las decisiones. De hecho, el mejoramiento logrado en tan corto periodo, se había considerado, anteriormente, totalmente imposible. En todo respecto, estas grandes reformas de salud se lograron actuando dentro del marco legal y buscando consenso mediante la convicción en lugar de la fuerza. En los años ochenta, el creciente peso de la deuda provocó una crisis económica que también afectó seriamente a Costa Rica. El precio pagado por el apoyo adicional del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial fue el "ajuste estructural". Uno de estos aspectos fue la presión para simplificar los

servicios sociales y eliminar o privatizar muchos de ellos. Por lo tanto, la primera parte de los años ochenta, fue una constante lucha para salvar al Sistema Nacional de Salud y para proteger el estado de salud de la población durante la grave crisis económica. El Dr. Mohs describe cómo se logró esto y manifiesta que para finales de los años ochenta, cuando todavía fungía como Ministro de Salud, el objetivo principal fue regresar al progreso. Carlos Muñoz vuelve sobre este tema en el capítulo 6.

El segundo capítulo, escrito por Guido Miranda, Subdirector del Caja Costarricense de Seguro Social, de 1970 a 1978 y posteriormente Presidente Ejecutivo, describe la evolución del sistema de seguro social. A diferencia del modelo en otros países, se amplió la cobertura tradicional inicial de los empleados de las fincas agropecuarias y de las grandes industrias para incluir, en primer lugar, atados los miembros de sus familias y para finales de los años setenta, prácticamente toda la población. La transferencia de todos los hospitales del país a la Caja de Seguro Social estaba esencialmente completa hacia 1977. En este hemisferio solo Cuba, con una economía centralizada y Canadá, que adoptó un plan universal de seguro de salud, lograron una cobertura de población similar.

Un factor clave en el éxito de Costa Rica fue su desarrollo de atención primaria de salud y servicios de medicina preventiva que llegaron a las comunidades, tanto rurales como urbanas. En el capítulo 3 el Dr. William Vargas, Director del Departamento de Medicina Preventiva de la Caja de Seguro Social y del Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, explica cómo la atención primaria de salud se convirtió en parte integral de la cobertura de seguro social. Se afirmó que ofrecer los servicios de salud incrementaría su uso y costos. No obstante, para la atención médica de niños ocurrió lo contrario. Las camas pediátricas son ahora apenas dos tercios de lo requerido en 1934, aunque la población de niños se ha duplicado.

Los tres capítulos iniciales discuten las bases de la transición de la salud costarricense. El capítulo 4, escrito por el Dr. Lenín Sáenz, Presidente de la Unidad de Planificación Sectorial del Ministerio de Salud, trata la Evolución del Perfil Epidemiológico y describe la repercusión de los programas descritos en los capítulos anteriores sobre los modelos de enfermedad y muerte. Las

pruebas para la disminución rápida de la enfermedad asociada con infección y malnutrición se presentan detalladamente. Sin embargo, la "transición de la salud" en el título de este libro tiene un doble significado. Primero, y ante todo, se puede ver según un cambio de la alta morbilidad y mortalidad debida al sinergismo de la malnutrición e infección, en particular durante los primeros años de vida, característicos de la mayoría de países en desarrollo y a las tasas bajas de los países industrializados. Es también una transición a la aparición de las enfermedades crónicas asociadas con los modelos alimenticios de los países más prósperos.

La primera razón, es que la mortalidad asociada con carencias nutricionales y disminución de enfermedades infecciosas, a causa de enfermedades crónicas, se convierte relativamente en la parte más importante de la mortalidad total. La segunda, es un aumento real de estas enfermedades, en particular hipertensión, cardiopatía isquémica y diabetes como resultado de las mayores ingestas calóricas que conducen al sobrepeso y la obesidad, y a más grasa en la dieta. La tercera, ha sido sugerida por los estudios de Barker, DJP y colaboradores (Barker, 1992) que encontraron que los individuos en Inglaterra y Gales cuyo peso al nacer y peso-para- edad al primer año, habían sido bajos y más susceptibles a las enfermedades por exceso alimentario, más tarde en la vida.

En el capítulo 5, María Eugenia Trejos, Profesora de Economía de la Universidad de Costa Rica, revisa los factores socioeconómicos asociados con los adelantos de la política de salud de los años setenta. El reconocimiento de las demandas sociales, seguido de los esfuerzos para responder a ellos, fue el estilo predominante del gobierno en los años treinta y cuarenta. Los gobiernos de los años cincuenta y sesenta continuaron esta tradición social, pero creían que servirían mejor a través de medidas que estimularían la producción agrícola e industrial. Las acciones sociales del periodo incluían la promoción de la tecnología agrícola e industrial, capacitación de los trabajadores y técnicos, y desarrollo de la infraestructura, incluyendo abastecimiento de agua, sistemas urbanos de desecho de aguas residuales, administración postal y portuaria, un ferrocarril autónomo, el edificio de carreteras, puentes, caminos rurales, teléfonos y nacionalización de los bancos.

Este enfoque permitió una mayor producción interna de mercados. Sin embargo, los otros autores reiteradamente recalcan una política social en lugar de una motivación económica. Existe consenso de que los gobiernos empresariales de los años setenta fueron fuertes y decisivos, y dispuestos a intervenir en diferentes esferas sociales cuando el sector privado no podía o no quería.

Tal como Carlos Muñoz, Director del Departamento de Atención Primaria de Salud del Ministerio de Salud y José Manuel Valverde señalan en el capítulo final, hubo tres etapas en el desarrollo del sistema de prestación de la salud en Costa Rica. Las políticas y programas dentro de cada etapa representan el mejoramiento de la salud de los costarricenses en este periodo. El primer periodo sentó las bases para los cambios rápidos resultantes del desarrollo de nuevas políticas y programas, y la aplicación de mayores recursos en el decenio de los años setenta.

El segundo periodo se caracterizó por la rápida expansión del sistema de atención primaria de salud y el acceso al hospital, que contribuyó a la disminución de la tasa de mortalidad infantil y de niños y al sorprendente mejoramiento de otros indicadores sociales. Fue un periodo en el que el sistema de prestación de la salud incrementó sus gastos.

En el tercer periodo se formularon nuevas metas para reducir la mortalidad infantil y preescolar, malnutrición y enfermedad infecciosa. Asimismo se identificaron y aplicaron metas para la prevención de enfermedades degenerativas crónicas que ocurren más tarde en la vida. Como resultado, el sistema costarricense de salud también debe preocuparse por la promoción de dietas y otros estilos de vida saludable para la prevención de estas enfermedades que son el principal interés de salud en los países industrializados. La mayor esperanza de vida y la reducción de la mortalidad, y la tasa de natalidad están cambiando el perfil demográfico del país.

Muñoz cree que la capacidad de cambiar un paradigma por otro para adaptarlo en una rápida transformación de la situación nacional de salud, fue clave para la eficacia general y los continuos logros de la salud actual de Costa Rica. Esto permitió una respuesta eficaz, aun a los ajustes estructurales requeridos en el tercer periodo. Por tanto, el sistema de salud en Costa Rica está evolucionando

ahora hacia un modelo mixto. En 1994, se subcontrató de 15 a 19% de los servicios de seguro social a los proveedores privados.

Se planificó un capítulo que revisaría tanto la influencia internacional como otras influencias externas sobre políticas de salud y nutrición de Costa Rica durante el periodo de transición, pero nunca se obtuvo. Las referencias a estas influencias se diseminan en todos los capítulos. Es digno mencionar que el suceso seminal de salud del periodo, la Conferencia Alma Ata de la OMS sobre Atención Primaria de Salud en 1977, vino después que Costa Rica se había embarcado en el camino de sus recomendaciones. Las metas enunciadas en 1973 fueron también más integrales que aquellas enunciadas en 1990 en la Cumbre para los Niños, patrocinada por UNICEF.

En un taller celebrado en 1991 en Costa Rica para discutir los manuscritos para este libro, el Dr. Luis Asís, Director de Planificación de la Caja Costarricense de Seguro Social, revisó la forma en la que la formulación de políticas claras del gobierno contribuyeron a captar y canalizar la asistencia internacional. El Dr. Asís también mencionó el escepticismo externo en cuanto a la factibilidad de las propuestas del gobierno de Figueres. La negociación con donantes para asegurar programas compatibles con las necesidades y prioridades nacionales fue tan crítica como el rechazo de los gobiernos acerca de la asistencia no deseada.

El Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y otras agencias de apoyo financiero desempeñaron una función conforme con las tendencias mundiales de esos momentos. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) proporcionó apoyo técnico. UNICEF suministró grandes cantidades de leche descremada deshidratada (LDD) para la alimentación escolar así como los implementos y materiales educativos agrícolas. También proveyó equipo médico para una red de centros de información. CARE suministró leche LDD así como hortalizas y equipo para los centros de nutrición. Los alimentos donados por el Programa Mundial de Alimentos incluían LDD y una mezcla de maíz-soya. La FAO brindó ayuda de consultores de extensión y capacitación agrícola. El programa de unidades médicas móviles, creado a comienzos de los años sesenta se financió, principalmente,

con el patrocinio de los Estados Unidos, a través de la Alianza para el Progreso.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) proporcionó cooperación técnica en planificación de la salud, un sistema especial de información para la vigilancia del progreso de la salud e hizo inversiones significativas en la educación y adiestramiento de profesionales y no profesionales de las disciplinas de las ciencias de la salud. También cooperó en el control de la enfermedad transmisible aguda, en particular, los vectores responsables de la malaria, la fiebre amarilla, y el dengue, y en programas de salud ambiental con énfasis en los suministros de agua y el saneamiento básico. El Dr. Abraham Horwitz, Director de la OPS, recuerda que durante el decenio de los años setenta los recursos externos estaban fácilmente disponibles para los programas de salud, particularmente del Banco Interamericano de Desarrollo. "Generalmente buenas ideas y proyectos sólidos podían ser financiados, y Costa Rica los tenía en abundancia".

El taller de 1991 señaló que el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) fue responsable de la mayor parte de la definición de los problemas nacionales de nutrición, la formación de la política de nutrición, la asistencia técnica para la yodación de la sal y el enriquecimiento del azúcar con vitamina A, la información sobre hábitos alimenticios y composición de alimentos, la erradicación de la malnutrición proteínocalórica y capacitación del personal de nutrición y de salud de todos los niveles. En el apéndice 2 aparece una lista separada de aproximadamente 26 publicaciones del INCAP, relacionadas con Costa Rica durante el periodo.

Costa Rica no fue el único país en desarrollo que logró estadísticas de salud que rivalizaron con las de los países industrializados, a pesar de un ingreso per cápita bajo. En América Latina, otros dos países, Chile y Cuba, también lo lograron sin mayor mejoramiento económico. Ambos merecen gran crédito, pero en el caso de Chile (Hakhn y Solimano, 1978) se logró gradualmente durante muchos decenios. En Cuba el proceso ocurrió rápidamente después de la caída Batista a finales de 1958, como consecuencia de las políticas del gobierno pero con un diferente enfoque ideológico (Amador y Peña, 1991). En vista que las mejoras de la salud en Costa Rica no fueron enteramente

dependientes del desarrollo económico y se lograron rápidamente dentro de un marco democrático, sirven como un reto inspirador y ejemplo para otros países en desarrollo.

No es difícil dar las razones de por qué la mayoría de los otros gobiernos latinoamericanos experimentaron poca mejora en la salud de sus pobladores durante este mismo periodo. Son la antítesis de las características de Costa Rica - falta de estabilidad política y motivación del gobierno, recursos destinados al ejército o desviados corruptamente, en vez de destinarlos a educación y salud, sistema educativo deficiente, mal administrado e instituciones financiadas y cuando existen puestos rurales de salud, generalmente carecen de suministros esenciales, apoyo médico y supervisión. Finalmente, ha sido prácticamente imposible presentar en este volumen, todas las distintas perspectivas sobre la experiencia de Costa Rica. Por esta razón, en el apéndice 2 se adjunta bibliografía complementaria en ambos idiomas, inglés y español. Algunos de estos artículos presentan apreciaciones muy diferentes o asignan a diferentes pesos a los factores responsables. Se espera lograr el estímulo de algunas personas por la particular naturaleza de este estudio de caso, para que continúen buscando nuevos discernimientos en estas lecturas adicionales.

*Nevin S. Scrimshaw*

## Referencias

Amador M, Peña M. 1991. La nutrición y los temas de salud en Cuba: Las estrategias para un país en desarrollo. *Food Nutr Bull* 13(4):311-317.

Barker DJP, ed. 1992. **Orígenes fetales e infantiles de la enfermedad en adultos**. Londres: Revista Médica Británica.

Hakim P, Solimano G. 1978. **El desarrollo, la reforma, y la malnutrición en Chile**. Cambridge, MA: M.I.T Press.

**OPS. 1994. Las condiciones de salud en las Américas. Volumen 1.**

Washington, DC: OPS.

Informe sobre el desarrollo mundial 1993. La inversión en salud, indicadores de desarrollo mundial 1993. Oxford: Oxford University Press.

1

## Políticas y estrategias de salud

*Dr. Edgar Mohs*

*El que es sano, tiene esperanza; y el que tiene esperanza, lo tiene todo.*

- Dicho árabe

## Una breve descripción de Costa Rica

Costa Rica fue descubierta por Cristóbal Colón en 1502; se independizó políticamente en 1821, y en 1825 se constituyó en república. Los primeros jefes de gobierno fueron maestros de escuela. El territorio costarricense tiene un área de 51.100 km<sup>2</sup> y está ubicado en el istmo de Centroamérica (ver mapa). En 1992, tenía aproximadamente tres millones de habitantes, principalmente blancos y mestizos; otras razas representan menos de 5% de la población y muestran una fuerte tendencia hacia su integración con el resto. Alrededor de 10% de la población total consta de inmigrantes y refugiados centro y sudamericanos.

La economía costarricense se fundamenta en productos agrícolas, como café, banano, azúcar y carne. En los últimos 20 años, ha surgido una industria liviana y recientemente se ha estado desarrollando el turismo. A Costa Rica se le reconoce por tener un sistema político democrático occidental bien establecido, que solo ha sido interrumpido dos veces en los últimos 100 años. Todos los gobiernos han recalcado la educación y la salud, lo que ha contribuido a lograr una tasa de alfabetismo de menos de 10% y una de las tasas de mortalidad general más bajas en el mundo. Gracias a la convergencia de estos factores y la evolución histórica del país, los costarricenses comparten un fuerte espíritu de solidaridad y profundo respeto por la ley, la justicia social y la libertad. La

abolición constitucional del ejército en 1949 permitió un aumento adicional en la inversión del sector social. La ejecución de leyes y la seguridad fueron conferidas a una fuerza policial civil, que actúa durante los períodos de elección, bajo el Tribunal Supremo Electoral y cambia cada cuatro años con el gobierno.

En los años setenta, el país se comprometió fuertemente en poner los servicios de salud al alcance de todos. Este énfasis en la inversión de la salud es otra característica que distingue a Costa Rica.

El cuadro 1 presenta algunos hitos de la historia costarricense.

### [Mapa de Centroamérica](#)

#### CUADRO 1

##### Hitos de los antecedentes costarricenses

| Hito   | Fecha |
|--|-------|
| Descubrimiento de Costa Rica por Cristóbal Colón           | 1502  |
| Abolición de la esclavitud                                 | 1803  |
| Independencia política de España                           | 1821  |
| Establecimiento de la primera universidad                  | 1843  |
| Escuela primaria obligatoria universal                     | 1869  |
| Abolición de la pena de muerte                             | 1822  |
| Voto universal   | 1882  |
| Voto universal   | 1889  |
| Educación secundaria coeducacional                         | 1907  |
| Creación del Ministerio de Salud Pública                   | 1927  |
| Voto secreto   | 1928  |
| Erradicación de la viruela                                 | 1939  |
| Ley constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social | 1943  |
| Reforma social   | 1942  |
| El voto de mujeres   | 1949  |
| Abolición del ejército                                     | 1949  |

|                                    |      |
|------------------------------------|------|
| Erradicación de la fiebre amarilla | 1952 |
| Seguro social universal            | 1970 |
| Erradicación de la poliomielitis   | 1974 |
| Erradicación de la difteria        | 1974 |
| Neutralidad activa y permanente    | 1983 |

## Desarrollo de la salud pública

La salud pública en Costa Rica se desarrolló en cuatro fases principales:

- **Primera fase (1850-1900):** caracterizada por los esfuerzos aislados para proporcionar atención de salud básica, especialmente a grupos necesitados.
- **Segunda fase (1900-1940):** caracterizada por la introducción de los programas de salud y la ampliación de un concepto de bienestar para asistir a los grupos pobres; creación del Ministerio de Salud Pública.
- **Tercera fase (1940-1970):** aparecimiento de un pronunciado interés en la medicina preventiva; intentos de establecer un Sistema Nacional de Hospitales; creación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).
- **Cuarta fase (1970-):** en los años setenta se redactó y ejecutó un Plan Nacional de Salud para proporcionar atención de salud a toda la población y para controlar o erradicar la malnutrición y las infecciones comunes.

El Sistema Nacional de Salud se consolidó en los años ochenta. En el mismo decenio, se iniciaron nuevos modelos de atención de salud y avanzó la

integración del Ministerio de Salud y la CCSS; se comenzaron nuevos programas para la prevención de las enfermedades crónicas.

### **1850-1900: Medicina de atención básica**

Desde los tiempos precolombinos hasta el siglo XVII, la práctica de la medicina estuvo en las manos de los curanderos nativos. Sin embargo, cuando los españoles llegaron a las Américas, estas prácticas fueron combatidas y los denominados doctores brujos fueron perseguidos. En 1790, Esteban Corti, graduado en Europa, fue el primer médico que vino a Costa Rica. Pronto se le acusó de ejercer la brujería y lo mandaron a Guatemala, donde fue juzgado por la Inquisición.

Algunas de las partes más viejas de la legislación de salud en Costa Rica son los Decretos fechados 3 de julio y 29 de septiembre de 1845, que establecieron el Hospital San Juan de Dios y la Primera Junta de Caridad, respectivamente. El Congreso Constitucional de la República expidió el 12 de julio de 1852, el Decreto No. 69 que permitió el funcionamiento adicional del Hospital San Juan de Dios, que estaba enfrentando graves contratiempos, en particular de naturaleza financiera. Más adelante, se planificó un centro psiquiátrico para los enfermos mentales quienes en ese momento no tenían lugar a donde ir y fueron maltratados y e incomprensidos por las personas. Mediante el Decreto No. 24 se asignaron fondos para la construcción de la institución mental. Posteriormente, la Oficina para la Promoción de la Lotería Nacional, bajo la administración de la Junta de Caridad, también contribuyó con el centro mental. (Posteriormente, la Junta de Caridad se llamó Junta para la Protección Social de San José.)

### **1900-1940: Salud pública y bienestar**

Durante los primeros decenios de este siglo, varias leyes, reglamentos, decretos ejecutivos y resoluciones generales fueron adoptadas en los temas relacionados con salud pública. Al inicio, se hicieron esfuerzos aislados sin coordinación apropiada. Conforme pasó el tiempo, se logró una infraestructura orgánica y gerencia independiente que respondía a los ideales de mejorar la situación de salud. Según se observa en la siguiente legislación de salud pública, los criterios de salud de vanguardia inspiraron las decisiones políticas momento.

El Decreto fechado de septiembre de 1914, creó al Departamento de Higiene Escolar Pública para proteger la salud de los niños entre 7 y 14 años de edad. El Departamento contrató a los primeros asistentes de higiene escolar, capacitados en el país. Estuvo a cargo de los consultorios escolares médicos, dentales y oftalmológicos. También atendió la higiene en las escuelas y los campamentos escolares de verano, el último creado en 1920 para albergar momentáneamente a niños o huérfanos abandonados.

Más adelante, se promulgó y amplió gradualmente la legislación para la prevención y tratamiento de los problemas de salud pública. Enfocó problemas tan variados como: tuberculosis, malaria, enfermedades venéreas, viruela, lepra, fiebre amarilla, tifoidea y abuso de narcóticos. También se tomaron los primeros pasos para establecer un sistema de estadísticas vitales. Los primeros consultorios médicos prenatales y de niños consideraron la institución de la salud pública, debido a la protección que brindan a los seres humanos, desde la concepción en adelante. Éstos fueron establecidos en 1920.

#### *Oficina de la Subsecretaria para la Higiene y Salud Pública*

El 12 de julio de 1922 se creó la Oficina de la Subsecretaria para la Higiene y Salud Pública, adjunta a la Secretaria de Policía, para superar la predominante falta de unidad en el manejo de todas las actividades de salud, el grado y naturaleza de los problemas de salud, la abundante acumulación de legislaciones de salud, la incorporación, en el campo de la salud, de un gran número de médicos y otros profesionales y técnicos, y el adiestramiento de personal de salud y otros profesionales. (Muchos años después, la Oficina de la Subsecretaria se convirtió en el actual Ministerio de Salud.)

La ley No. 52, Protección de la Salud Pública, decretada el 12 de marzo de 1923, constituyó un importante complemento a esta reestructuración orgánica. Esta ley reconoció que la salud nacional es una obligación del gobierno y que salud local es una responsabilidad municipal.

Para cumplir con todas las provisiones de esta ley, fue necesario capacitar al personal, y en consecuencia los esfuerzos estaban concentrados en esta meta. En 1924 se creó la Escuela para Inspectores de Salud, y en 1926 se redefinió la función del asistente para la salud escolar.

En 1927 la falta de asistentes para la salud escolar, permitió la asignación a las escuelas de enfermeras graduadas de la Facultad de Medicina y del Hospital Máximo Peralta de Cartago, que ofreció un aprendizaje práctico de tres meses en la Escuela y el Consultorio de Niños de San José.

Al mismo tiempo, estas instituciones de adiestramiento incorporaron, en el plan de estudio de las enfermeras, cursos sobre puericultura e higiene escolar. La misma ley de 1927, creó la categoría de Trabajador Social para Combatir la Tuberculosis, y en 1928 otra ley creó el primer puesto para enfermeras obstétricas, con el fin de compensar la falta de médicos en los poblados.

Todas las tareas anteriormente asignadas a la Secretaria de Bienestar bajo la Oficina de Asuntos Exteriores fueron transferidas a la Oficina de la Subsecretaria para la Higiene y la Salud Pública. Estas tareas estaban relacionadas con los hospitales, los lazaretos, los albergues, los hogares de maternidad y las instituciones de protección de niños. Fortalecida de esta manera, la Oficina de la Subsecretaria para la Higiene y la Salud Pública se convirtió en la Secretaria para la Salud Pública y Protección Social mediante la ley No. 24, de fecha 4 de junio de 1927. Esto le permitió a la nueva Secretaria autoridad política y en consecuencia, el apoyo necesario para los proyectos presentados al Congreso de la República.

La profesión de Médico Oficial se creó en 1931, reemplazando la profesión de Médico de Poblado. Los médicos oficiales tenían funciones más amplias, basadas en los criterios de trabajo de la protección social y bienestar de la comunidad, y no solamente tratamiento y caridad. El puesto de Director de las Unidades de Salud se creó en 1936 con requisitos similares a la de los Médicos Oficiales: directores de salud, médicos forenses, instructores médicos y aquellos que brindan ayuda al necesitado y atienden accidentes de trabajo.

Otra ley significativa fue el Decreto Ejecutivo No. 5 del 8 de octubre de 1935, que derogó el Decreto que creó la Hermandad de Caridad para el Hospital de Limón y reemplazó la Junta de Caridad con la Junta para la Asistencia Social. El Decreto indica cómo el concepto de "caridad" que había prevalecido por tanto tiempo empezó a cambiar en el de protección social, con la participación del gobierno.

*Instituto Nacional de Seguro*

Originalmente, esta institución autónoma del gobierno, creada por la ley No. 12 del 30 de octubre de 1924, se llamó el Banco Nacional de Seguro. Representa la culminación de un interesante capítulo de nuestra historia, que data desde el siglo XIX.

Antes de 1924, todo el seguro estuvo en las manos de empresas extranjeras. Al comienzo de este siglo, el seguro fue necesario debido al auge industrial y comercial; los empresarios, por ejemplo, estaban invirtiendo grandemente en los productos importados y tenían que protegerlos. Esto motivó una peste de incendios premeditados, ya que como algunos empresarios incendiaron sus negocios para cobrar el seguro, poniendo en peligro la propiedad y la vida. Por tanto, fue necesario reglamentar las relaciones entre las compañías de seguros y el asegurado, así como detener la fuga de divisas. Nótese que la creación del Banco Nacional de Seguro estaba estrechamente vinculada al intento de legislar la responsabilidad de los empleadores en los accidentes de trabajo.

A pesar que en 1907 se redactó la ley que proponía la protección de discapacidades y la compensación de trabajadores como responsabilidades del empleador, llevó varios años finalizarla; y finalmente entró en vigor en 1925. Un año después de su establecimiento, el Banco Nacional de Seguro asumió por completo la responsabilidad de los bomberos. Solo de esta manera podría garantizarse cierto nivel de seguridad para los ciudadanos, así como reducir al mínimo las pérdidas del banco.

El Banco Nacional de Seguro comenzó a ofrecer el seguro de vida en 1925. En 1926 monopolizó el seguro de incendios y accidentes de trabajo.

Progresivamente, el Banco tomó otro seguro, como los bonos de fidelidad para cubrir el riesgo de perder dinero y otros títulos, en 1943, el seguro de vehículos automotores, y en 1969 el seguro de cultivos. En 1940 el banco fue autorizado para otorgar préstamos para construcción aceptando, como garantía, las pólizas de seguro de vida.

Ya en 1948, el Banco Nacional de Seguro se conocía como el Instituto Nacional de Seguro. Actualmente está dirigida por una Junta Directiva y un Presidente Ejecutivo nombrado por el Consejo de Gobierno.

**1940-1970: Medicina preventiva institucionalizada**

Este periodo incluye la creación del Sistema Nacional de Hospitales y la Caja Costarricense de Seguro Social.

#### *Consolidación del Ministerio de Salud*

La implantación de la medicina preventiva requiere una sólida organización de la salud, así como a una excelente coordinación intra- e interinstitucional. La consecuencia final de varias medidas tomadas estos decenios fue el fortalecimiento progresivo de la Secretaria de Salud: se crearon o reorganizaron diferentes departamentos o divisiones, se canalizó la cooperación internacional, se hicieron cambios estructurales, y se arregló un mejor financiamiento. Algunas de estas medidas, según se discute seguidamente, fueron clave para muchos logros en la salud costarricense. Los primeros Reglamentos Generales para las Fundaciones y Juntas para la Protección Social fueron promulgados el 20 de mayo de 1941, concediendo carácter público a estas entidades sociales. Al mismo tiempo, se les encomendó la administración de los hospitales, hogares, cementerios y otros centros, la dirección técnica y supervisión económica que estaba bajo de la Dirección General de Asistencia Médica y Social. Además, los centros de salud, también operando bajo la administración de estas Juntas, fueron apoyados en gran medida por los subsidios gubernamentales, el Impuesto de Caridad y la Lotería Nacional.

El primer Código Salud se publicó el 18 de diciembre de 1943, según ley No. 33, que derogaba la ley No. 52 de 1923 sobre Protección de Salud Pública. El Código de Salud de 1943 resumió la abundante legislación aprobada a lo largo de los años y la amplia experiencia en los aspectos de salud. El Código también hizo referencia a la estructura orgánica de la Secretaria de Salud, y a las normas y controles de salud local e internacional.

Otra ley importante, aprobada en 1950, fue la Ley General de Asistencia Médica-Social. Esta ley creó a la Dirección General de Asistencia Médica-Social, que, con la ayuda proporcionada por el Consejo Técnico de Asistencia Médica y Social, un cuerpo asesor creado por la misma ley, tuvo las siguientes funciones:

- Coordinación de toda la asistencia médica y de instituciones de protección social.
- Provisión de la gestión técnica y financiera, y de los centros públicos arriba indicados.
- Supervisión técnica de instituciones privadas análogas.

La ley General de Asistencia Médica-Social requirió una modificación en la distribución de los fondos de la Lotería Nacional y, años más tarde, se promulgaron los Reglamentos Generales para los Hospitales Nacionales. A fines de los años cuarenta, la Secretaria de Salud cambió su nombre a Ministerio de Salud, con tres direcciones: la Dirección de Salud, encargada de todas las tareas relacionadas con salud pública; la Dirección General de Asistencia Médica-Social, responsable de todas las instituciones asistenciales médicas; y la Dirección Administrativa.

#### *Caja Costarricense de Seguro Social*

La ley No. 13 de 1926 clasificó a las mordidas de serpientes venenosas como una enfermedad ocupacional de los trabajadores agrícolas y por lo tanto, podría considerarse el primer precursor de la actual Caja Costarricense de Seguro Social. En este sentido, otras leyes que también promulgaron al Seguro Social fueron los Decretos Ejecutivos No. 2, de fecha 8 de julio y 8 de noviembre de 1935, que reglamentaban la ley No. 30 de diciembre de 1934, sobre los ingresos a los hospitales de los trabajadores de la industria del plátano y la utilización de la retención de 1 % en las ventas del plátano, especificada por la ley.

La ley sobre el Seguro Social Obligatorio entró en vigencia en 1941. El 7 de julio de 1943, entró en efecto la ley No. 24, y por tanto, incorporando la sección III "En las Garantías Sociales" de la Constitución Política, cuyo Artículo 63 contempla:

... el establecimiento del seguro social, reglamentado mediante el sistema de contribución obligatoria por el gobierno, los empleadores y empleados, para el beneficio de trabajadores, obreros e intelectuales, para protegerlos contra los riesgos de enfermedad, maternidad, discapacidad, vejez y muerte, y otras

contingencias decididas por la Ley. La administración del seguro se encomendaría a una institución autónoma llamada Caja Costarricense de Seguro Social.

La Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social fue emitida el 22 de octubre de 1943.

Para el 1 de septiembre de 1942, el Programa de Enfermedad y Maternidad había sido ejecutado gradualmente. Al inicio, se limitó al grupo económicamente activo de la zona urbana metropolitana y capitales provinciales con mayor densidad de población. Se cotizó sobre la base de 400.00 colones por mes y sólo cubría directamente a las personas aseguradas. De 1944 a 1947, cuando se incluyó a la población rural y se estableció el seguro familiar, se amplió su cobertura al Valle Central. La Iniciativa de Invalidez, Vejez y Muerte entró en vigencia el 1 de enero de 1947, para brindar a los asalariados la protección obligatoria.

A fines de los años cincuenta, el Programa de Enfermedad y Maternidad cubrió a 27% de la población y a 18% de la población total económicamente activa del país, mientras que la Iniciativa de Invalidez, Vejez y Muerte, cubrió a 8% de la población y a 7% de la población total económicamente activa.

Mediante la ley No. 2738, se impuso en la Caja Costarricense de Seguro Social, mediante Asamblea Legislativa, la obligación de universalizar todo el seguro bajo su responsabilidad, incluyendo protección familiar, en el Programa de Enfermedad y Maternidad, dentro de un plazo no mayor de 10 años. Sin embargo, no se logró esta meta. A finales de los años sesenta, solo 38% de la población económicamente activa, 45% de la población total del país y 60% de asalariados fueron protegidos por el Programa de Enfermedad y Maternidad, mientras que solo 24% de la población económicamente activa y 28% de la población total estaba cubierta por la Iniciativa de Invalidez, Vejez y Muerte. La protección familiar solo se materializó en el área metropolitana en 1965.

La ley No. 4750 reformó el Artículo No. 3 de la Ley Constitutiva de la Caja de Seguro Social, eliminando así, los techos de contribución para el Programa de Enfermedad y Maternidad. Esta medida constituyó la manifestación de la decisión política de acelerar el proceso de universalización de seguros.

A fines de los años setenta, el Programa de Enfermedad y Maternidad ya había cubierto a 84,3% de la población total (2.162.080 habitantes), y la Iniciativa de Invalidez, Vejez y Muerte, 17,6%.

#### *Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado*

Durante la primera parte del periodo colonial, la ciudad de San José fue un pueblo pequeño y muy pobre, con serios problemas de abastecimiento de agua. Los problemas de agua fueron el resultado de: fuentes remotas de agua, condiciones topográficas, bosques densos cercanos y pobreza de los habitantes de San José. Inicialmente, se cavaron pozos de agua.

Posteriormente, se cavó un canal de 8 km, que corrió a lo largo de la Primera Avenida y, una vez que llegó a la esquina del actual Banco Nacional, volteaba al norte para fluir en el Río Torres.

En 1866, se compró el terreno para los tanques de agua de Aranjuez 1866. No fue sino hasta 1968 que se inauguraron las cañerías de agua, y su manejo trasladado a la Municipalidad.

Conforme pasó el tiempo, se construyeron otros acueductos en las zonas urbanas. Sin embargo, no constituyeron una respuesta a las prioridades nacionales establecidas, sino el resultado de las iniciativas municipales, con fondos municipales y, en solo unos pocos casos, por el Ministerio de Salud.

En los años cuarenta, se tomaron las primeras medidas para controlar la calidad del agua en Costa Rica, en un pequeño laboratorio instalado para la Planta de Tratamiento de Agua Tres Ríos, administrado por la Municipalidad de San José. En 1951, el laboratorio de agua del Ministerio de Salud Pública (su nombre en ese momento) principió a hacer análisis bacteriológicos y físico-químicos de agua. En 1952, comenzó la cloración de agua en la Planta de Tratamiento de Agua Tres Ríos; el proceso fracasó debido a la falta de recursos técnicos y económicos necesarios.

El hecho que los recursos financieros y técnicos fueran escasos y que el servicio de agua se expendiera, hizo imposible coordinar, en los términos más racionales, el uso de fuentes hidrográficas, así como estandarizar el tratamiento de agua y su control de calidad para garantizar la potabilidad del agua. Como resultado de esta situación, el 14 de abril de 1961 se creó mediante ley No. 2726 el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillado.

En 1976, mediante ley No. 5915, su nombre cambió al de Instituto Costarricense de Acueductos y el Alcantarillado. Es una entidad pública y autónoma encargada de solucionar todos los problemas relacionados con el abastecimiento de agua potable, y recolección y evaluación de aguas residuales y desechos industriales líquidos. También está a cargo de estandarizar los colectores de agua de lluvia en las áreas urbanas.

## La década de los años setenta

El año de 1970 fue crítico para la transición de la salud en Costa Rica. El Sistema Nacional de Salud fue establecido para proporcionar la cobertura de salud de la población costarricense total, para controlar las enfermedades infecciosas más comunes y erradicar la malnutrición infantil. A comienzos de los años setenta, el Ministerio de Salud hizo una investigación exhaustiva para evaluar el estado de salud de la población, la disponibilidad y productividad de los recursos humanos y físicos existentes, así como el grado de integración y coordinación de los servicios de salud. Por lo tanto, el Ministerio de Salud estableció las instalaciones para la provisión de los servicios de salud (ver cuadro 2), y después de haber hecho un diagnóstico nacional de salud, durante el decenio 1971-1980 formuló el Plan Nacional de Salud. Para el logro de los nuevos objetivos, el Ministerio también tomó varias decisiones políticas importantes que se discuten posteriormente.

### CUADRO 2

#### **Instalaciones para la provisión de los servicios de salud**

- La atención de salud es un derecho de la población y el gobierno tiene la responsabilidad de organizarla adecuadamente.
- Se deben integrar los servicios de salud para cubrir la prevención de enfermedades, la curación y la rehabilitación.

- Los servicios de salud se deben organizar por regiones y sectores para ampliar la cobertura de salud y mejorar el abastecimiento de la atención de salud local.
- Se debe priorizar la buena atención de salud de pacientes ambulatorios, proporcionada por consultorios bien organizados de atención ambulatoria.
- Debe promoverse ampliamente la capacitación de recursos humanos a nivel profesional, técnico y auxiliar, así como la educación continua, la capacitación en servicio y la investigación de problemas médicos y administrativos.
- Los costos de servicio deben ser conforme las capacidades económicas del país.

Según nuestra propia clasificación del desarrollo de instituciones del Sector Salud, la cuarta etapa comenzó en 1970 con la formulación de un Plan Nacional de Salud.

Aunque varias instituciones participaron en la preparación del Plan Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social asumieron una mayor responsabilidad. Como ya se mencionó anteriormente, las metas del Plan consistieron en proporcionar servicios de salud a toda la población costarricense, mediante la reorganización del sector salud y el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud, para facilitar la erradicación o control de las enfermedades infecciosas comunes y la reducción drástica de la malnutrición. Algunas de las metas específicas establecidas por el Plan fueron las siguientes:

- Aumentar la esperanza de vida a ocho años.
- Reducir la mortalidad infantil en 50%.
- Reducir la prevalencia de bocio endémico a menos de 10%.
- Proveer agua potable a 100% de la población urbana y a 70% de la población rural.

Fue necesario tomar varias decisiones políticas para lograr las metas específicas declaradas del Plan, así como sus fines generales. Por lo tanto, se aprobaron varias leyes notables y se creó un programa rural de salud.

Seguidamente, discutiremos las principales características de estas leyes.

### **Principales medidas legales**

- Ley No. 5349: transferencia de los hospitales a la Caja Costarricense de Seguro Social, con el fin de universalizar el Seguro Social y de ese modo asegurar que todas las personas gocen de servicios médicos de buena calidad.
- Ley No. 5395, también conocida como la Ley General de Salud, reemplazó el Código de Salud de 1949 y definió claramente las relaciones entre el gobierno, los individuos y los negocios. Esta ley incorporó una serie de principios obligatorios en cuanto a la salud individual y de la comunidad, orientados hacia el logro del mejor estado posible de salud. Asimismo, responsabilizó al Ministerio de Salud en la definición de políticas nacionales, planificación, coordinación y control de actividades públicas y privadas relacionadas con salud.
- Ley No. 5412 o ley orgánica del ministerio. Decretó que a partir de ese momento en adelante, el Ministerio debería llamarse Ministerio de Salud, y contempló la reestructuración interna de sus organismos. La Dirección General de Salud y la Dirección General de Asistencia se convirtieron en una única unidad bajo el nombre de Dirección General de Salud. El Consejo Técnico para la Asistencia Médica-Social se adhirió a la Oficina del Ministro y sus funciones se limitaron a recaudar y distribuir los fondos asignados para la atención de los pacientes asegurados por el gobierno (hasta entonces conocidos como indigentes). En este momento también se crearon cuerpos asesores, como el Consejo Nacional de Salud y la Unidad de Planificación Sectorial.

Un componente adicional importante del Plan Nacional de Salud fue la creación del Programa Rural de Salud y el fortalecimiento sustancial de los programas para saneamiento ambiental, agua potable limpia, inmunizaciones y nutrición.

## **Reorganización de la Caja Costarricense de Seguro Social**

Según hemos visto, se requirieron varias decisiones importantes para reorganizar al Sector Salud según el Plan Nacional de Salud. El elemento más importante relacionado con la Caja Costarricense de Seguro Social fue la transferencia de todos los hospitales administrados por las Juntas y Fundaciones para la Protección Social, según ley No. 5349, a la Caja Costarricense de Seguro Social. El Artículo 2 de esta ley se refiere a la atención obligatoria a ser proporcionada por la Caja Costarricense de Seguro Social, con fondos del gobierno, a personas sin seguro que no pueden pagar los servicios médicos, un grupo conocido como Personas Aseguradas por el Gobierno.

El artículo 6 de la ley No. 5349 señala que todas las acciones de atención de salud relacionadas con medicina preventiva que no se asignan legalmente a la Caja Costarricense de Seguro Social son responsabilidad del Ministerio de Salud.

El artículo 7 declara que todas las entradas o ingresos de cualquier índole recibidos por las instituciones del Ministerio de Salud, las Juntas de Protección Social o las Fundaciones serán transferidos a la Caja Costarricense de Seguro Social, con la disposición que si los fondos son insuficientes, el gobierno establecerá ingresos específicos para el pago completo de la atención de salud proporcionada a sus personas aseguradas.

El artículo 8 de la misma ley subraya que ésta es una política nacional y reemplaza todas las disposiciones legales previas en lo que respecta a aquellas que se oponen a ello.

La ley No. 5541 complementa la ley No. 5349 y define las condiciones de trabajo de las personas empleadas en los centros que serían transferidos a la Caja Costarricense de Seguro Social.

Otras importantes acciones requeridas por la Caja Costarricense de Seguro Social con miras al reajuste estructural y organización interna se basaron en los siguientes aspectos:

- El Decreto Ejecutivo No. 6919 del 4 de abril de 1977, instituyó al Comité Nacional de Recursos Humanos, cuya meta principal fue determinar la necesidad de profesionales médicos en los próximos años.
- El Decreto Ejecutivo No. 10653-P-OP de 1979, dispuso la división del territorio nacional en cinco regiones para investigar y planificar el desarrollo socioeconómico.
- La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social acordó el 7 de junio de 1978, la reestructuración orgánica interna de los servicios médicos que la institución proporciona, incluyendo medidas de descentralización a las Direcciones Regionales de Salud.
- El Decreto Ejecutivo No. 9283-P de 1978 creó el Sistema de Reformas Administrativas como un componente del Sistema de Planificación Nacional, con el fin primordial de lograr eficiencia y productividad en la Administración Pública.
- El Decreto Ejecutivo No. 109157P-OP de 1979 creó el Subsistema de Planificación y Coordinación Urbana y Regional para orientar y coordinar las acciones gubernamentales a nivel regional y para equilibrar el desarrollo de las diferentes regiones.

Este Subsistema es parte del Sistema Nacional de Planificación.

El 15 de julio de 1978, la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social creó el Consejo Coordinador de Servicios Médicos y resolvió dividir el territorio nacional en cinco programas regionales, armonizando el proceso de regionalización referido en el Decreto Ejecutivo No. 10653-P-OP. Por lo tanto, las regiones creadas fueron: Noroeste, Occidente, Oriente, Central, Huetar del Norte, Chorotega (Pacífico Seco), Huetar Atlántico y Brunca (Pacífico Sur).

El consejo coordinador inició la administración regional descentralizada de la cobertura y recolección de honorarios. Geográficamente, esto coincidió con los servicios médicos regionales

### **Contexto político**

Durante la campaña política de 1969, José Figueres, el candidato presidencial del Partido de Liberación Nacional, propuso acelerar el desarrollo social y económico del país y recalcó que si era posible erradicar la miseria en Costa Rica. Cuando se convirtió en el Presidente de la República en mayo de 1970, él y su gabinete de inmediato comenzaron a trabajar en las metas prometidas. El presidente Figueres tuvo éxito al motivar a varios de sus colaboradores y a un sector sustancial de la población; al mismo tiempo, le dio esperanza a los sectores más necesitados.

Figueres, probablemente consciente que ésta sería su última oportunidad para servir al país como Presidente (había sido Jefe de Estado en 1948-1949 y Presidente en 1954-1958), decidió emplear todo su poder y experiencia para impulsar importantes transformaciones, en particular las de contenido social. El partido político opuesto (Conservador) y el Partido Comunista estuvieron más bien escépticos sobre las afirmaciones de Figueres, que a veces las consideraron extravagantes. Sin embargo, en términos generales, los pensamientos del Presidente fueron verdaderamente reformistas, con una ideología democrática social adaptada al ambiente.

El grupo encabezado por el Sector Salud, imbuido con las ideas reformistas del Presidente, sabía que tenía la confianza y el apoyo total del Presidente. Por lo tanto, enfocó seriamente y rápidamente, los problemas de salud de los niños, ya que constituían el grupo de población más vulnerable y afectado.

El grupo del Sector Salud fijó dos objetivos generales:

- Dividir las barreras económicas en atención médica universal.
- Erradicar y controlar las enfermedades infecciosas comunes, ya que éstas constituían otra potente barrera que obstaculizaba el camino para mejorar el estado de salud.

Un requisito previo a la idea del Presidente Figueres de erradicar la miseria, fue el establecimiento de mecanismos para mejorar la redistribución del producto nacional bruto y aumentar la producción.

El primer objetivo se materializó en dos instituciones: el Instituto Mixto de Asistencia Social (IMAS) y el Fondo Social de Desarrollo y Asignación Familiar de 1971.

El Instituto Mixto de Asistencia Social, creado por la ley No. 4760, del 8 de mayo de 1971, tuvo las siguientes metas:

- Formular y ejecutar una política nacional para la promoción social y humana entre los sectores más necesitados de la sociedad costarricense.
- Reducir o eliminar las causas y los efectos de la pobreza.
- Transformar los programas de estimulación social en un medio para obtener, en el menor tiempo posible, la incorporación de grupos humanos marginales en las actividades económicas y sociales del país.
- Preparar a los sectores indigentes, de una manera rápida y apropiada, para que puedan mejorar su capacidad para realizar trabajos remunerados.
- Asistir las necesidades de grupos sociales o de personas a quienes se les deberá proporcionar los medios de la subsistencia cuando carecen de estos.
- Lograr la participación de los sectores privados y públicos, así como de las instituciones nacionales y extranjeras especializadas en estas tareas, y en la creación y desarrollo de todo tipo de sistemas y programas orientados a mejorar las condiciones culturales, sociales y económicas de grupos afectados por la pobreza, obteniendo la máxima participación de estos mismos grupos.

- Coordinar los programas nacionales de los sectores públicos y privados que tienen metas similares a aquellos expresados en esta ley.

La principal fuente de financiamiento para el IMAS es 0,5% de sobrecargo mensual en los jornales y sueldos ordinarios y extraordinarios pagados por todas las empresas registradas en: el Instituto Nacional de Aprendizaje, la Caja Costarricense de Seguro Social o el Banco Popular.

La ley No. 5662, Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, se publicó en La Gaceta el 18 de diciembre de 1971. Esta ley creó un fondo especial, y una Dirección General específica para administrarlo, con el fin de redistribuir el PNB, para fomentar el desarrollo social y las asignaciones familiares. Aunque el fondo se discutió durante el gobierno de Figueres, éste fue creado por el Presidente Daniel Oduber, quien fungió como tal, de mayo de 1974 a mayo de 1978.

El objetivo del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares fue promover y completar los programas y servicios socioeconómicos, para favorecer a las personas y familias de bajos ingresos. Este fondo fue administrado por instituciones como el Ministerio de Salud (programas de nutrición administrados por comités escolares y por centros locales de educación y nutrición); el Instituto Mixto de Asistencia Social; la Fundación Nacional para los Niños; el Dispensario Nacional de Nutrición; el Instituto para el Desarrollo Agrario, antes conocido como el Instituto de Tierra y Asentamientos, y el Instituto Nacional de Aprendizaje.

Veinte por ciento del fondo se emplea para la formación de capitales, que financia la Pensión no Contributiva, programa destinado para un número esencial de personas no calificadas para recibir los beneficios de los planes contributivos de la Caja Costarricense de Seguro Social, ya sea porque no han pagado o porque no han completado el número requerido de contribuciones. La ley específica que este dinero debe enviarse a la Caja Costarricense de Seguro Social, que administra el programa de Pensión no Contributiva junto con la iniciativa Invalidez, Vejez y Muerte.

El fondo también otorga préstamos, ya sea dinero en efectivo o asignaciones familiares a los trabajadores de bajos ingresos con niños discapacitados o niños menores de 18 años de edad, o jóvenes entre 18 y 25 años de edad, mientras estudian en una institución de enseñanza superior.

El fondo se deriva de la Reforma a la Ley Tributaria de Ventas No. 3914, del 17 de julio de 1967 y sus enmiendas, así como de un sobrecargo de 5% en el total de jornales y sueldos pagados mensualmente por los empleadores públicos y privados, con excepciones legales específicas. El hecho excepcional de que en Costa Rica el mismo partido político el Partido de Liberación Nacional (social democrático), ganó dos elecciones consecutivas, permitió reformas importantes en el sector social que continuaron ocho años después de su inicio en 1970. Este plazo permitió lograr las metas de la reforma y perfeccionar el proceso político y técnico. Luego fue seguido por el ambicioso proyecto contenido en el Plan Nacional de Salud.

Cuando Oduber se convirtió en Presidente en 1978, aprobó los programas comenzados en 1970, fortaleciéndolos enérgicamente, gracias al apoyo político y recursos financieros.

Además del fuerte liderazgo del Presidente Oduber, los resultados notables logrados en el campo de la salud en tan corto tiempo, probablemente contribuyó a la voluntad política necesaria para mantener la reforma del sector salud durante ocho años consecutivos. Debido a la enraizada hipótesis en nuestro país de que las mejoras de salud requieren de largos períodos de latencia, tener resultados concretos después de unos pocos años fue un hecho inesperado y el resultado más importante. A través de esta experiencia notamos que el patrocinio político importante en las fases iniciales del programa, pero los resultados notables fueron los que proporcionaron una retroalimentación fundamental y sirvieron para estimular y movilizar tanto al personal sanitario como a la población, dándoles un cierto grado de autonomía vital dentro del marco de la interdependencia natural existente. Después de muchos años de desilusión y apatía, el personal aceleró el progreso de la salud con actitudes positivas y entusiastas.

## **El papel que jugaron los grupos de presión**

Durante los años setenta, particularmente en la primera parte del decenio, los diferentes grupos de presión costarricense desempeñaron una función muy limitada en la vida del país. Aunque las asociaciones para el desarrollo de las comunidades estuvieron conscientes de sus necesidades inmediatas, no tenían una idea clara de las acciones a realizar para satisfacer aquellas necesidades. Esto explica, por un lado, su sorpresa y asombro hacia las diferentes iniciativas comenzadas por el Ministerio de Salud y, por el otro lado, su poco apoyo en las iniciativas de salud.

Las asociaciones profesionales fueron beligerantes al oponerse al Ministerio de Salud. Declararon claramente su oposición al Programa Rural de Salud, argumentando que la utilización del personal auxiliar para ampliar la cobertura de los servicios de salud era una prueba en las vidas de los que recibían estos servicios. Estas asociaciones defendieron el principio de que la atención de salud debe estar en las manos de médicos y enfermeras plenamente capacitados. Lamentablemente, en ese momento no estuvieron conscientes de que un sistema de salud que alcanzaba a todos los habitantes, implicaba el desarrollo de atención primaria de salud que opera con personal auxiliar, dirigida por normas definidas y bajo supervisión profesional.

Aun la Asociación Costarricense de Especialistas de Salud Pública expresó su total inconformidad con el Programa Rural de Salud. Sin embargo, la firmeza del Ministerio de Salud en promover los cambios y sus repetidas explicaciones del programa en conferencias, mesas redonda y boletines neutralizó las afirmaciones de los grupos opuestos. En primer lugar, las actividades se ejecutaron en San Ramón, bajo la dirección del Dr. Juan Guillermo Ortiz, y en las zonas afectadas por la malaria. El personal de salud fue especialmente capacitado para asumir sus nuevas tareas, enfocando los problemas de salud considerados en ese momento como una prioridad.

Otra decisión importante, que propició fuertes discusiones, fue la reorganización del manejo de hospitales. Esto implicó la transferencia de todos los hospitales a la Caja Costarricense de Seguro Social y, en consecuencia, la eliminación de las Juntas y las Fundaciones para la Protección Social. Los miembros de estas organizaciones y algunos medios opuestos a esta decisión,

argumentaron que la universalización del seguro social era incontrolable y, en consecuencia, podría pasar por alto a los indigentes. Por tanto, los funcionarios de alto nivel de la Caja Costarricense de Seguro Social, conscientes que esta actitud podría arruinar su institución, estuvieron muy preocupados.

La ley No. 2738 de 1961 estableció la universalización obligatoria del seguro social dentro de un plazo no mayor de 10 años. Varios funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social interpretaron esta ley como la universalización obligatoria del seguro solamente, es decir, cubrir únicamente a los obreros y no a la población no asalariada. Después de muchas discusiones y negociaciones, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social llegaron a un acuerdo en donde participaron representantes de la Asamblea Legislativa del Partido de Liberación Nacional y el Segundo Vicepresidente de la República, Dr. Manuel Aguilar Bonilla.

Otro obstáculo al proyecto fue la oposición declarada por las más altas autoridades de la Organización Panamericana de la Salud, quienes presionaron fuertemente al Ministro de Salud y al Presidente de la República para derogar esta ley. Tanto el Presidente como el Ministro escucharon todas las discusiones contra el proyecto, no obstante, apoyaron a los técnicos nacionales que lo implantaron. Hacia 1974, el Presidente Oduber, el Vicepresidente Dr. Carlos Manuel Castillo y el Ministro de Salud desarrollaron rápidamente el Programa de Asignaciones Familiares. Además, en el sector salud dieron un impulso significativo al proyecto de reforma, que permitió la activa participación de las comunidades organizadas, en particular, en las zonas rurales. Cuando la población descubrió la factibilidad de obtener los servicios de salud acorto plazo y a un costo razonable, cambió su demanda tradicional de los servicios de educación a una demanda de los servicios de salud.

Durante este periodo agitado, dentro del sector salud, se aprobaron otras leyes sobresalientes: leyes No. 4750, 5395 y 5412. La ley No. 4750, del 30 de marzo de 1971, permitió que las contribuciones del seguro social fueran calculadas sobre las remuneraciones individuales totales, obligatorias. La ley No. 5395, del 24 de noviembre de 1973, Ley General de Salud, reemplazó el Código

Sanitario de 1949. La ley No. 5412, del 18 de enero de 1974, Ley Orgánica del Ministerio de Salud, reorganizó y actualizó al Ministerio, otorgándole por lo tanto, las condiciones necesarias para desempeñar una función principal en el sector salud. Estas tres leyes no fueron tan polémicas como otras discutidas anteriormente.

Retrospectivamente, vale la pena observar que a lo largo de esta importante reforma sanitaria, se ilustró un rasgo tradicionalmente costarricense: cambiar progresivamente con la meta de lograr el bienestar de toda la población, pero actuando dentro del marco legal y buscando el consenso a través del convencimiento, en lugar de la fuerza o acciones crueles.

Es agradable notar que la reforma de salud impulsó mejoras notables en el estado de salud de la población en tan corto tiempo, un logro que anteriormente se había considerado totalmente imposible.

## **La década de los años ochenta**

En 1980, solo 10 años después del inicio de las reformas de salud de Figueres, la tasa total de mortalidad en Costa Rica descendió a 4,1/1.000 y la mortalidad infantil bajó a 20/1.000. La morbilidad y la mortalidad se asociaron con enfermedades crónicas en los adultos así como en los niños. En este momento, se sintió en general, que el país había alcanzado su límite en el área de salud.

Al mismo tiempo, el país enfrentaba una de las más serias crisis económicas del siglo: el colón costarricense se devaluó 600%, la inflación incrementó 100%, las reservas de divisas estaban agotadas, el desempleo alcanzó 10% y el déficit fiscal fue 14% del producto interno bruto.

### **La primera parte de los años ochenta**

El futuro para el sector salud parecía nefasto. Las personas comenzaron a observar el deterioro de los programas clave de asistencia sanitaria y médica. Todos los expertos internacionales que visitaban Costa Rica coincidían en que el país no podría mantener intactos los servicios de salud; en consecuencia,

aumentarían la morbilidad y la mortalidad, particularmente a causa de enfermedades infecciosas y deficiencias nutricionales.

Durante la segunda parte de los años setenta, los gastos de salud del país alcanzaron 10% del producto interno bruto, descendiendo a 7% en la primera parte de los años ochenta. Por lo tanto, se redujeron drásticamente las inversiones, la maquinaria y los suministros comunes.

La crisis económica repentinamente empobreció a un vasto sector de la población. Al mismo tiempo, redujo sustancialmente los presupuestos que financiaban los costos de operación de diferentes programas de salud pública, ambientales y de medicina preventiva.

Un gran temor surgió entre las personas, porque parecía como si las ganancias logradas durante los años setenta se perderían, y las enfermedades infecciosas y la malnutrición - problemas de miseria y subdesarrollo - azotarían al país una vez más. Escasearon los suministros comunes de salud; los usuarios de los servicios de salud y el personal sanitario comenzaron a quejarse del manejo de las instituciones que proporcionaban servicios de salud. Asimismo, la crisis económica y financiera se multiplicó debido al grave problema de inmigración de los países centroamericanos, principalmente constituido por indigentes, analfabetos y enfermos. La población más pobre del país aumentó, no solo como resultado del problema económico fundamental, sino también debido al gran número de inmigrantes indigentes. Los problemas de salud que se habían eliminado o controlado en Costa Rica volvieron al país con los inmigrantes, y por tanto, agravaron la situación general.

Hubo un aumento en la incidencia de malaria, tuberculosis, sarna, malnutrición algunas enfermedades parasitarias y ciertas infecciones prevenibles por vacunación. También se observó un leve aumento en las tasas de mortalidad, asociadas con algunas de estas condiciones.

La gran repercusión negativa en la salud en América Latina a causa de la crisis económica, pronosticada por algunos grupos nacionales e internacionales, no se dio en Costa Rica, debido al éxito logrado durante los años setenta, de una infraestructura de salud y servicios de salud accesibles a toda su población. Aunque sufriera algún deterioro, funcionó bien durante la crisis y sirvió a la población con recursos limitados, a pesar de la catástrofe real que habría

incitado trastornos en el país. Esto puso a prueba al Sistema Nacional de Salud y demostró su mérito.

A mediados de los años ochenta, el país reaccionó enérgicamente y resolvió parcialmente sus problemas económicos. La calma reemplazó al temor, y renació la confianza. Un programa de ajuste estructural estimuló las exportaciones. El sector salud intensificó sus acciones hacia la protección de los más necesitados y mejorar la coordinación entre las instituciones del sistema de salud.

### **Efecto en la salud**

Es digno mencionar que la conmoción en los inicios de los años ochenta no se reflejó significativamente en la mortalidad infantil, cuya tasa permaneció inalterada. Sin embargo, en 1982, coincidente con la crisis económica, las tasas de mortalidad infantil por diarrea mostraron un leve aumento transitorio, que desapareció al año siguiente.

En resumen, la crisis económica solo tuvo una mínima repercusión en la situación de salud en Costa Rica, y esto se corrigió rápidamente. De hecho, la reacción inmediata y eficaz del sector salud resolvió un problema que se pudo haber convertido en un grave obstáculo para el desarrollo del país. Esta respuesta demostró la capacidad del Sistema Nacional de Salud, así como la habilidad de sus tres niveles básicos, y sus diferentes instituciones.

Por otro lado, no hay duda que las comunidades y los individuos estuvieron mejor organizados y contribuyeron directamente a reducir al mínimo la repercusión negativa pronosticada para el sector salud. Como se discutirá seguidamente, la crisis fue en realidad útil, porque permitió la ejecución de ajustes claros y decisivos que, a pesar de las restricciones presupuestarias, permitieron un fuerte impacto positivo. Durante todo el último decenio, no hubo correlación entre el ingreso per cápita y la mortalidad infantil.

---

## La última parte de los años ochenta

La crisis económica nos enseñó la necesidad de revisar y transformar la estructura y el funcionamiento del sector público para hacerlo más sólido, eficaz y moderno. Trajo a los problemas vigentes, la proporción, la competencia y la debilidad técnica, así como la obsolescencia organizacional de varias instituciones y conceptos. A través de la crisis, notamos que el gobierno tenía que volverse más pequeño y más eficiente, así como mejorar el manejo de los recursos y el conocimiento. La teoría de los sistemas incluyendo el principio de la complementariedad entre los sectores públicos y privados, también ganó terreno.

Después de haber superado los resultados del terremoto sufrido a principios de los años ochenta, nos comprometimos con la reestructuración y consolidación de un sistema nacional de salud global y descentralizado, basado en los programas de atención primaria de salud, con la decisiva participación de la comunidad organizada. Varios decretos y resoluciones establecieron firmemente un sistema de servicios de salud verdaderamente integrados, que suprimieron las equivocadas contradicciones e interpretaciones del pasado. El nuevo sistema de salud también abrió las puertas a una serie de innovaciones que mejoraron enormemente la cantidad y calidad de los servicios de salud, a pesar de las restricciones presupuestarias.

Las experiencias de la última parte de los años ochenta contaron con la participación de tres actores en la crisis: la depresión económica, la masiva inmigración de centroamericanos y la estructura de un gobierno obsoleto que necesitaba transformaciones. Para cambiarlo, nos dimos cuenta de que el sector público podía lograr más con menos dinero, y que teníamos que unir esfuerzos entre los sectores privados y públicos. La única respuesta responsable fue una profunda reflexión seguida de acciones persistentes para renovar el Sistema Nacional de Salud y hacerlo más dinámico.

Cuando empezó la crisis, las personas que nunca creyeron en Costa Rica desde el principio, proclamaron a toda voz que al final el país se hundiría. Sus predicciones azarosas fueron solamente un anhelo. Sin embargo, los que

creíamos en Costa Rica, siempre sostuvimos que la crisis nos brindó la oportunidad para revisar, cambiar y mejorar nuestro país. La historia nos demostró que estábamos en lo correcto.

De 1986 a 1989, la mortalidad infantil disminuyó 25% adicional y la malnutrición grave prácticamente desapareció. El país permaneció libre de poliomielitis, difteria, rabia humana, fiebre amarilla y dengue. Otras enfermedades como xeroftalmía, escorbuto y pelagra, ya no fueron considerados como problemas de salud pública; la mortalidad materna, las enfermedades inmunoprevenibles, las defunciones relacionadas con enfermedades transmitidas por alimentos y los problemas de salud agravados por la inmigración masiva de centroamericanos disminuyó más de 50%. Además, entre 1986 y 1989, las defunciones por accidentes de tránsito disminuyeron 16%, y por ahogo, 50%. El crecimiento y desarrollo de niños continuó mejorando; se observó que los adultos jóvenes de 18- y 20 años de edad habían aumentado en estatura. Al comparar los datos de estatura de 1966, los hombres crecieron 6 cm y las mujeres 4,5 cm.

Como consecuencia natural de estos cambios, la tasa de mortalidad general costarricense disminuyó a 3,7/1.000, una de las más bajas del mundo; la esperanza de vida aumentó a 76 años.

### **El contexto político**

En la primera parte de los años ochenta, la principal lucha del gobierno costarricense fue salvar al Sistema Nacional de Salud y proteger el estado de salud de la población de la grave crisis económica que afectó al país. A fines de los años ochenta, sin embargo, el objetivo principal fue regresar al progreso. Desde el inicio prevaleció la idea de reestructurar el sistema sobre bases pragmáticas, en lugar de ideológicas. En el sector público, los principios de eficiencia, racionalidad, asignación de prioridades y complementariedad, así como la necesidad de reducir el tamaño del gobierno afectó al Sistema Nacional de Salud.

Durante la campaña política de 1985, el deseo por un nuevo progreso cualitativo en dos frentes se desarrolló a nivel gubernamental:

- En el ámbito internacional, hubo un esfuerzo para contribuir al proceso de paz centroamericano para obtener la estabilidad necesaria para el desarrollo.
- En el ámbito nacional, se contrajo un compromiso en la modernización de las estructuras productivas y sociales del país, incluyendo al gobierno; mejoramiento de la norma de vivienda de los grupos de población más afectados por la recesión (empleo y vivienda); y fortalecimiento del proceso de democracia participativa.

Hacia 1986, se establecieron los siguientes objetivos fundamentales:

- En el campo de la salud pública, mejorar la calidad del ambiente y erradicar algunos trastornos parasitarios, así como otras enfermedades infecciosas y la malnutrición. En medicina preventiva, considerar los problemas de las mujeres, los niños, y los adultos jóvenes, así como la salud ocupacional de los adultos como una prioridad, y fortalecer los programas para el anciano. La atención especial estaba dirigida al proyecto "Salud Dental para Todos".
- En el área de atención médica, fomentar el proceso de descentralización de hospitales y consultorios, y promover la participación del personal de salud, sus organizaciones y las comunidades mismas. Además, realizar un mayor esfuerzo para humanizar los servicios de salud para el paciente y ampliar el programa de medicina mixta.
- Referente al plan de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja Costarricense de Seguro Social, generalizar sus beneficios mediante las provisiones financieras apropiadas, siguiendo los pasos administrativos similares a los tomados para el Programa de Enfermedad y Maternidad. Crear un Instituto Nacional de Seguro Social general, con la participación de todas las instituciones pertinentes y apoyar y fomentar las políticas de salud para todos sobre una base más sólida.

Por otro lado, se definió una Política de la Salud Nacional en los siguientes términos:

- Salud para todos como meta social y compromiso nacional e internacional.
- Desarrollo del Sistema Nacional de Salud y todas las instituciones que conforman el sector salud.
- Fortalecimiento de la infraestructura de los servicios de salud.
- Consolidación de beneficios previos de salud; combatir los nuevos problemas de salud y ejecutar nuevos enfoques dentro del marco de atención integral para la población.
- Participación de la comunidad en todas las actividades relacionadas con el Sistema de Servicios de Salud.
- Priorizar y brindar los servicios de salud en:
  - Prevención y control de enfermedades transmisibles.
  - Prevención y control de enfermedades crónicas.
  - Salud de madres y niños.
  - Salud ambiental.
  - Desastres y preparativos de emergencia.
  - Desarrollo de infraestructura física.

## **Reflexiones finales**

De las experiencias de 1970, aprendimos que a pesar de las limitaciones económicas, fue posible progresar en el campo de la salud y no se debe desperdiciar el tiempo. En 1986, cuando fui nombrado Ministro de Salud, empezamos a trabajar arduamente en los siguientes aspectos:

## **Ministerio de Salud**

- Política de salud
- Promoción de la salud
- Prevención de enfermedades y erradicación de la malnutrición y algunas infecciones
- Integración de la atención primaria de salud
- Definición de las áreas de salud
- Descentralización
- Participación comunitaria
- Énfasis en los grupos más vulnerables
- Desarrollo de subsistemas técnicos y administrativos
- Manejo
- Automatización
- Capacitación y educación a distancia
- Investigación
- Coordinación y cooperación contra enfrentamiento
- Paradigma de las enfermedades crónicas
- Educación en salud
- Publicaciones
- Estimulación del personal (reconocimiento)
- Infraestructura física
- Saneamiento ambiental
- Inteligencia en epidemiología

## **Sistema Nacional de Salud**

- Coordinación con el Caja Costarricense de Seguro Social
- Cobertura universal
- Descentralización
- Nuevas formas de atención médica
- Programación conjunta
- Integración de instalaciones y ciertos servicios
- Desarrollo de sistemas locales de salud
- Acueductos y sistemas de aguas residuales
- Atención médica de trabajadores y accidentes
- Transformación de los servicios sociales obligatorios
- Participación del sector privado
- Mayor participación de las municipalidades
- Mayor participación de las comunidades

## **Consejo Nacional de Salud**

### *Secretaría Ejecutiva.*

- Planificación a mediano y largo plazo
- Presupuesto
- Vigilancia y evaluación
- Orientación política

- Armonización de regiones y provincias
- Racionalización
- Reglamento y políticas de liberalización

### **Áreas de trabajo**

- Política
- Administración
- Finanzas
- Conocimiento científico
- Procesamiento de datos
- Legislación
- Sociología

Considero que desde los años ochenta, los siguientes elementos han contribuido grandemente a mejorar el trabajo del Ministerio de Salud:

- El mensaje claro de la dedicación transmitida al personal de salud.
- El apoyo permanente y decidido brindado a los programas de atención primaria de salud.
- La descentralización de funciones y la autoridad de los programas de atención primaria de salud, con su integración a nivel local; el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, atención prenatal y saneamiento ambiental.
- Los desembolsos presupuestarios eficaces que asignan recursos monetarios limitados a los condados, comunidades y familias más necesitadas.

También busqué el más amplio consenso posible en mis ideas, conceptos y estrategias, y siempre tomé la iniciativa y acepto la responsabilidad exclusiva de mis propias acciones.

Aunque es conveniente tener personal académicamente capacitado y especializado, si es posible obtener adelantos en el área de salud sin ellos. El Ministerio de Salud, sin embargo, pudo mejorar sustancialmente el perfil de los problemas infecciosos y la malnutrición ampliar la cobertura de salud y brindar

protección a madres y niños, así como mejorar el saneamiento ambiental y la higiene personal básica.

Contrario a lo que frecuentemente se ha declarado, la contribución de los grupos de presión y organizaciones laborales fue muy limitada. Además, estos grupos se han opuesto a las medidas que han superado los grandes problemas nacionales de salud de Costa Rica. En forma similar, aunque la participación comunitaria ha contribuido más positivamente, ésta ha sido débil e interrumpida.

La definición de políticas claras, la identificación de obstáculos para superarlos, La utilización frecuente de los medios de comunicación para transmitir a todo el personal mensajes alentadores y la vigilancia sistemática de actividades clave, son medios valiosos para movilizar los trabajos de salud y al público en general, para desarrollar en ellos la mística y la fe de que estos esfuerzos valen la pena. Cuando las personas están convencidas de que tienen la suficiente fortaleza para seguir adelante y destruir a los enemigos de la salud en su vida diaria, ocurre el fenómeno del Pígameón; pero cuando las personas creen que es imposible seguir adelante, se produce de inmediato un sentimiento generalizado de derrota, inutilidad del pensamiento y parálisis.

La experiencia heurística acumulada durante 20 años de pensamiento y participación en prácticamente todos los niveles del campo de la salud, me han permitido formular teorías generales de salud que explican la evolución de la salud en Costa Rica. Éstas incluyen los adelantos científicos que apoyan el gran cambio en cualquier área de la salud humana que son el resultado de los cambios en la interpretación de la realidad mundial, abandonando las interpretaciones erróneas y la sustitución de otras más válidas en un proceso de formulación y reformulación continua.

Basado en estos conceptos, hemos reconocido y descrito en los últimos 50 años tres etapas que explican las razones y las causas del mejoramiento en la salud de los costarricenses durante este periodo. La capacidad de cambiar un enfoque por otro fue la clave que permitió lograr lo que parecía imposible.

Durante el período 1986-1989 se establecieron las metas para reducir la mortalidad infantil (cuadro 3) y se identificaron las intervenciones necesarias para alcanzar estas metas (cuadro 4). Se formularon estrategias similares de

intervención para reducir la mortalidad en niños de 1-4 años de edad (cuadro 5). Asimismo, para prevenir la malnutrición y las enfermedades infecciosas y crónicas, se analizaron las causas, los problemas y las estrategias pertinentes específicas. Estos incluían el desarrollo de una base filosófica y el análisis de las actitudes psicológicas a ser superadas. Cambiar un paradigma por otro es la clave que hace posible lo que parece imposible.

#### CUADRO

##### **3 Metas para el mejoramiento de la salud infantil (Gobierno de Costa Rica 1986-1990)**

- Disminución de la mortalidad infantil a 14/1.000
- Reducción de embarazos no deseados 50%
- Reducción de la endogamia 50%
- Atención prenatal a 100% de mujeres embarazadas
- Detección de 100% de embarazos de alto riesgo y remitidos a un centro especializado
- Mejoramiento de la calidad del nacimiento
- Disminución de cesáreas 20%
- Disminución de nacimientos prematuros y de bajo peso al nacer 30%
- Disminución de hipoxia neonatal 50%
- Disminución en la incidencia de enfermedad de la membrana hialina 90%
- Disminución de hemorragias intracraneales 50%
- Disminución de malformaciones congénitas 20%
- Monitoreo del crecimiento y desarrollo a 100% de la población infantil (uso del Carné de Salud Infantil)

#### CUADRO 4

##### **Identificación de estrategias e intervenciones para alcanzar estas metas**

- Mejoramiento de la integración familiar
- Promoción de la edad óptima para el embarazo
- Promoción del espaciamiento óptimo entre nacimientos
- Atención prenatal y clasificación universal de los riesgos de nacimiento
- Nacimiento institucional de alta calidad

- Sistema de transporte para el recién nacido enfermo
  - Inscripción en los programas de salud de la casa del recién nacido
  - Crecimiento y vigilancia del desarrollo (uso del Carné de Salud Infantil)
  - Lactancia materna, suplementos de hierro y dietas apropiadas
  - Introducción de vacunas nuevas
  - Atención de salud primaria y secundaria de buena calidad y accesible para todos. Atención de salud terciaria excelente. Detección temprana de problemas de salud
  - Organización y participación activa de la comunidad
  - Saneamiento ambiental básico
  - Éntasis en la erradicación o control de las enfermedades infecciosas y prevención o control de trastornos perinatales y malformaciones congénitas
  - Paquete de salud educativa que promueve la eliminación de ciertos hábitos nocivos, así como enfermedades crónicas y prevención de accidentes n
- Vivienda adecuada

#### CUADRO 5

##### **Intervenciones para reducir la mortalidad de niños de 1 a 4 años de edad**

- Control de enfermedades infecciosas
  - Erradicación de parásitos intestinales graves
  - Nutrición apropiada para mejorar el crecimiento y desarrollo
  - Control de accidentes e intoxicaciones
  - Detección temprana de cambios y enfermedad
  - Estimulación temprana del aprendizaje
  - Prevención de abusos
  - Establecimiento de jardines infantiles y centros de atención infantil
  - Seguridad ambiental
  - Educación primaria y secundaria de buena calidad y accesible para todos.
- Disponibilidad de educación terciaria excelente
- Introducción de un paquete de educación sanitaria que incluye la eliminación de hábitos indeseables y prevención de enfermedades crónicas
  - Introducción de vacunas nuevas

## Referencias

Caja Costarricense de Seguro Social. 1979. Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte. Microfotografía y Publicaciones. San José.

Costa Rica, Leyes y Decretos. Decreto Ejecutivo No. 1743 S.P.P.S. La Gaceta No. 143, Alcance No. 719, San José, 14 de julio de 1971.

Costa Rica, Leyes y Decretos. Decreto Ejecutivo No. 10653. S.P.P.S. La Gaceta No. 199, San José, 23 de octubre de 1979. (Regionalización).

Costa Rica, Leyes y Decretos. Ley constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. No. 17. La Gaceta. No. 235. San José, 22 de octubre de 1943.

Costa Rica, Leyes y Decretos. Ley de adición del Capítulo de Garantías Sociales a la Constitución Política, Bi, 24, San José, 7 de julio de 1943.

Costa Rica, Leyes y Decretos. Ley de creación de los seguros sociales obligatorios. No. 17. La Gaceta No. 247. San José, 4 noviembre 1941.

Costa Rica, Leyes y Decretos. Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares. No. 5562. La Gaceta No. 248. San José, 28 de diciembre de 1974.

Costa Rica, Leyes y Decretos. Ley de eliminación de topes de la C.C.S.S. No. 4750. La Gaceta No. 91. San José, 29 de abril de 1979.

Costa Rica. Leyes y Decretos. Ley de traspaso de los hospitales a la C.C.S.S. No. 5349. La Gaceta No. 186. San José, 3 de octubre de 1973.

Costa Rica. Leyes y Decretos. Ley General de asistencia médico social. No. 1153 (38). La Gaceta. No. 89. San José, 23 de abril de 1980.

Costa Rica. Leyes y Decretos. Ley orgánica del Ministerio de Salud. No. 5412. La Gaceta No. 12. San José 18 de enero de 1974.

Costa Rica. Leyes y Decretos. Ley sobre derechos laborales. Traspaso de hospitales a la C.C.S.S. No. 5541. La Gaceta No. 135. San José, 18 de julio de 1974.

Costa Rica, Leyes y Decretos. Ley sobre la universalización de los seguros sociales obligatorios. No. 5541. La Gaceta. No. 111. San José, 17 de mayo de 1961.

Costa Rica, Leyes y Decretos. Ley sobre riesgos del trabajo. No. 6727. La Gaceta No. 57. San José, 24 de marzo de 1982.

Costa Rica, Leyes y Decretos. Decreto No. 17898-S La Gaceta No. San José, 2 de diciembre 1987. (Reglamento para la atención de los asegurados por el Estado en la C.C.S.S.).

Costa Rica. Leyes y Decretos. Decreto No 19265-S. La Gaceta No .219. San José, 25 de octubre 1989. (Regula el funcionamiento de los Sistemas Locales de Salud y el Programa de Salud Integral).

Costa Rica. Leyes y Decretos. Decreto No. 19276-S La Gaceta No. 230. San José, 9 Noviembre 1989. (Regula la organización del Sistema Nacional de Salud).

Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. 1979. Historia del primer abastecimiento de agua para la ciudad de San José. Oficinas de Relaciones Públicas del ICAA. Mimeo. Mayo 1979.

Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. Ley Constitutiva del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, reforzada y anexos. s.f. Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. 1981. 20 años. Edición especial. San José: Revista Anual. Año 11. Edición III

Instituto Nacional de Seguros. 1981. Algunos datos acerca del Instituto Nacional de Seguros. San José: Revista Anual. Año 11. Edición III

Instituto Nacional de Seguros. 1980. Memoria Anual, 1980. San José.

Mata L, et al. 1979. La Salud en Costa Rica en 1978. Ciencia y tecnología en un marco de prioridades. Acta Médica Costarricense 2;209.

Ministerio de Salud. 1977. Unidad de Planificación. Memoria del Ministerio de Salud y de la salud pública de Costa Rica. Cincuentenario 1927. 1977. San José. Mimeo, 4 junio de 1977.

Ministerio de Salud. 1980. Unidad Sectorial de Planificación. Evaluación de la situación de salud en la década 1971 - 1980. San José.

Miranda G. 1988. La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica, la. Ed. Editorial Nacional de Salud, Seguridad Social. Caja Costarricense de Seguro Social.

Mohs E. 1982. Infectious diseases and health in Costa Rica: The development of a new paradigm. *Pediatr Infect Dis* 1;212.

Mohs E. 1978. La responsabilidad individual y la salud. *Troquel* 13;2.

Mohs E. 1980. Salud, Medicina y Democracia. El surgimiento de una nueva era. San José: Universidad de Costa Rica. Departamento de Publicaciones.

Mohs E. 1983. La salud en Costa Rica. Editorial Universidad Estatal a Distancia.

Mohs E. 1986. Política Nacional de Salud 1986-1990. Ministerio de Salud, Costa Rica.

Mohs E. 1990. Teoría General de Paradigmas en Salud. Bol Med Hosp Infantil Mex 47:598-607.

Monge Alfaro C. 1974. Nuestra historia y los seguros. San José: Editorial Costa Rica.

Orlich Bolmarcich JL, et al. 1970. Documento preliminar de trabajo para la definición de la salud durante el período de gobierno 1970-1974. San José: Ministerio de Salubridad Pública.

Pupo Pérez C. 1936. Nuestros males. Principios sanitarios que nadie debe ignorar. San José: Imprenta Nacional.

Sáenz L, et al. 1981. Salud en Costa Rica. San José: Ministerio de Salud.

Trejos Escalante F. 1963. Libertad y Seguridad. San José: Imprenta Trejos.

---

## 2. Desarrollo del instituto de seguro social

*Dr. Guido Miranda*

### Antecedentes

La dirección que la historia humana había tomado durante muchos siglos cambio radicalmente hacia finales del siglo XVIII. Dentro de la corta extensión de 20 años, ocurrieron tres acontecimientos que transformaron la forma de vida del hombre, colocándolo bajo nuevas condiciones que anteriormente solo habían formado parte de sus sueños. El primero, fue la introducción del motor de vapor por James Watt en 1769, que condujo a la sustitución de la mecanización para el trabajo y la apertura del proceso de industrialización. El segundo, tuvo lugar en 1776 cuando las trece colonias Norteamericanas declararon SU independencia de la corona británica y establecieron el primer modelo democrático en el cual "gobierno de las personas, por las personas, para las personas" se convirtió en un sistema político moderno. El tercero sucedió en 1789, el inicio de la Revolución francesa, que marcó no solo el comienzo del final de la monarquía absolutista, sino también el inicio de un enfoque de nuevo gobierno, en el cual el gobierno empezó a asumir la responsabilidad de la protección de los individuos y los grupos de población más vulnerables de la sociedad.

Estos acontecimientos están relacionados con las condiciones sociales y económicas que determinaron el modo de vida de los seres humanos y que gradualmente generaron una seguridad individual y colectiva, y una mejor calidad de vida. Sin embargo, a pesar de este enorme progreso, el problema de la enfermedad quedó tan intratable como antes, sin conocimiento de sus causas, evolución y resultados finales. En consecuencia, los adelantos

logrados en otros campos no afectaron significativamente la carga de la enfermedad.

El rápido crecimiento demográfico generó un exceso de trabajo que no fue necesario debido al proceso de industrialización; y el subsecuente empobrecimiento de los trabajadores condujo a una miseria extrema y mayor morbilidad. El uso de las máquinas causó accidentes relacionados con el trabajo, responsables de las discapacidades temporales o permanentes.

El proceso de dominación territorial y el control de los mercados mediante las campañas militares produjo muertes, discapacidades, viudez y orfandad.

Entretanto, un fenómeno único, que revolucionaría los sistemas políticos, surgió en Alemania, que en ese entonces era el país menos democrático en Europa. Después de la guerra Franco-Prusiana de 1879, empeoraron las condiciones económicas de la población alemana. Esta situación forzó al Canciller Bismarck y al Kaiser Wilhelm I a buscar medidas que atenuarían el descontento popular que fue resultado de la pobreza, la enfermedad y las condiciones difíciles de trabajo. Bismarck elaboró y envió al Parlamento una propuesta para una ley que protegería a los trabajadores involucrados en accidentes ocupacionales, mediante la indemnización por daños en la salud.

También envió una propuesta de ley para proteger a los trabajadores contra las enfermedades comunes, a través de la provisión de atención médica libre y de un subsidio económico que cubriría los días hábiles perdidos como resultado de la enfermedad. Esta ley cubrió el embarazo y parto; el embarazo se equiparó a una enfermedad porque tenía una duración predecible y un período de recuperación fisiológicamente establecido. El concepto de los beneficios familiares apareció más tarde.

Aunque ambas leyes llegaron juntas al parlamento, la ley para el Seguro Requerido por Accidentes Ocupacionales se aprobó un año después de la ley de Enfermedad, y la ley de Maternidad, fue aprobada en 1883. Esto sucedió debido a la discusión detallada de la ley anterior que efectuaron las asociaciones. Cuando se presentaron las leyes, se declaró que el problema de la vejez y la discapacidad se abordaría posteriormente. De hecho, una ley aprobada en 1889 proporcionó un fondo de jubilación para los trabajadores que

habían acumulado 30 años de experiencia y tuvieran 75 años de edad o las personas que en cualquier edad, hubieran quedado inválidos.

Estas tres leyes que cubrieron los denominados riesgos no modificables transformaron la situación de los trabajadores en el mundo industrializado. Su contenido fue tan importante que motivó a la Iglesia católica a intentar reglamentar la relación entre el trabajo y el capitalismo, a través de un documento de la encíclica extraordinaria, conocida como *Rerum Novarum*, escrita por el Papa León XIII

A partir de entonces, todos los países empezaron a trabajar por su cuenta SU propia legislación. La pertinencia de este tema se confirmó cuando se estaban redactando los términos de la amnistía de la primera guerra mundial. Incluían la afiliación de todos los países signatarios al Tratado de Versalles con una nueva organización que reglamentaría las condiciones de trabajo de los trabajadores europeos. Este fue el origen de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y todos los países que se afiliaron a la OIT introdujeron el seguro social.

Durante la Quinta Conferencia Panamericana, celebrada en 1923 en Santiago, Chile, donde asistió Costa Rica, se hizo una recomendación "para establecer el seguro social en cada país, principalmente para cubrir accidentes, enfermedad y discapacidad".

La OIT recomendó que cada país creara un ministerio a cargo de la administración del seguro social y que se elaborara un Código laboral para fundamentar los reglamentos de trabajo. Entre 1920 y 1923, toda América Latina cumplió con esta recomendación. Costa Rica siguió todas estas recomendaciones, estableciendo en 1927, su Ministerio de Salud y Asistencia Social, y aprobó su primer código de salud. En 1928 estableció el Ministerio de Trabajo y promulgó un grupo de reglamentos, los cuales se convertirían, en 1942, en el Código de Trabajo.

Este breve resumen explica la razón por la cual el seguro social ha estado vinculado directamente con los mecanismos de la producción y el Ministerio de Trabajo. Esto se aclaró aun más con la introducción de los reglamentos que cubrían los accidentes ocupacionales y los fondos de jubilación que nunca estuvieron bajo el control del Ministerio de Salud.

La segunda guerra mundial empezó en septiembre de 1939, y en seis años produjo los mayores adelantos tecnológicos, así como sesenta millones de muertes, el número más grande de bajas totales en cualquier guerra. Como dijeron los británicos, fue una guerra total porque no solo murieron los soldados sino también los civiles que habitaban las ciudades que fueron bombardeadas para destruir la industria de defensa. La repercusión de la guerra fue la que condujo a las propuestas defendidas por los pensadores sociales y políticos de Gran Bretaña, que fueron más bien universales que de un grupo específico. La crisis de la segunda guerra mundial produjo, al menos, cuatro cambios profundos que transformaron las sociedades mundiales en un corto periodo:

- Los adelantos tecnológicos logrados proporcionaron a los individuos una variedad de productos que mejoraron la calidad de sus vidas, la economía, las comunicaciones y la educación.
- El valor social del ciudadano aumentó, porque los mecanismos políticos para la mejor distribución de las tierras y la equidad social fortalecieron a la mayoría, lo que propició acciones políticas que ejercieron un fuerte efecto democrático.
- La conceptualización, formulación y ejecución de las reformas estructurales de los gobiernos y su función reglamentaria para la sociedad.
- La organización política de los países creó instrumentos para la búsqueda de la universalidad y la solidaridad, cerrando las amplias brechas que generaron las diferentes etapas del desarrollo.

El documento conocido como el *Informe de Beveridge* se publicó en medio de la guerra cuando los británicos comenzaron a sentir la victoria en las manos. Para SUS efectos sociales y económicos, este documento puede compararse con aquellos que produjeron las tres leyes alemanas del seguro social o el contenido político del Tratado de Versalles.

El *Informe de Bereridge* contiene cinco conceptos importantes que se desarrollaron a diferentes velocidades en diferentes partes del mundo:

- El seguro social puede moldearse de modo que con SUS programas cubra a toda la población.
- Se puede lograr una economía más fuerte, más eficiente y de mejor equidad social, cuando se unen los fondos del seguro social.
- La atención de salud puede ser un derecho de todos los ciudadanos.
- La mejor solución al desempleo es un mercado de trabajo activo.
- Se debe establecer un salario nacional mínimo para fortalecer la política de salarios.

Con base en estas premisas fundamentales y las consecuencias políticas de la segunda guerra mundial, se estableció el concepto del seguro social como universal, prosolidario, equitativo, justo y unificado, para contrarrestar el beneficio desigual a diversos grupos sociales resultantes de los conceptos capitalistas de la *política de no intervención*. Las dos consecuencias inmediatas fueron la creación del Servicio de Salud Nacional en Gran Bretaña, como una forma de proteger a toda la población y la Carta de los Derechos Humanos con la Organización de las Naciones Unidas en San Francisco, que estableció, en los Artículos 22 y 25, el derecho de todos los ciudadanos al acceso al seguro social y salud, respectivamente. Ambos sucesos ocurrieron después del final de la guerra en 1945.

A partir de entonces, los cambios se efectuaron gradualmente. Como parte de una nueva estructura, surgió La Organización Mundial de la Salud (OMS) como el organismo técnico y político que establece las normas mundiales que todos los países deben seguir para mejorar los indicadores de salud. En 1976, la asamblea de la OMS propuso la meta de "Salud Para Todos en el año 2000," la

cual fue una propuesta programática, basada en el concepto democrático y equitativo que percibe a la salud como un beneficio individual y universal. Dos años después, en 1978, se establecieron las metas de la salud con indicadores específicos, y se propuso la *atención primaria de salud* como la estrategia de elección para lograr estas metas. El progreso social y político ocurrido durante los últimos cuatro decenios en casi todos los países europeos, ha colocado al seguro social como una prioridad de desarrollo que fundamenta los principios de equidad y solidaridad social propuesta en el *Informe de Beveridge*.

Los países del Hemisferio occidental no han progresado en la misma manera. En éstos, el movimiento de las asociaciones empezó temprano, aunque el proceso de industrialización en ningún momento alcanzó los niveles encontrados en Europa. La orientación de los Estados Unidos iba a permitir el seguro de salud privado, sin ninguna relación con el gobierno. Esto hizo de la atención de salud un mercado competitivo donde las presiones para aumentar el consumo siempre tuvieron al borde la economía de consumo por los consumidores. Canadá adoptó el sistema británico.

Aunque Chile fue el primer país latinoamericano que aprobó un sistema del Seguro Requerido de Trabajadores, éste se desintegró porque el país no pudo fusionar este sistema con los de los proveedores más pequeños de atención de salud. Sin embargo, Chile tenía la ventaja de crear en 1953 su Servicio Nacional de Salud, que funcionó muy eficientemente hasta que la agitación política lo rompiera para establecer servicios privados, que después de varios años no cubrieron más que 21% de la población que pudo pagar sus honorarios.

La grave recesión económica sufrida en Argentina y Uruguay lesionó seriamente un sistema multiinstitucional que había sido traído por los inmigrantes europeos durante el siglo XIX. En el resto de los países, las instituciones de seguro social han tenido un desarrollo limitado. Casi todos los países iniciaron el sistema entre 1930 y 1950 y, siguiendo el modelo de Bismarck, no han podido cubrir más que 20% de la población total. La cobertura familiar está todavía muy limitada, y la participación en los programas integrados de salud es casi desconocida y sigue siendo extraño para los Ministerios de Salud, compartir la responsabilidad de la atención de salud.

## El seguro social en Costa Rica

La única acción notable que sucedió a finales del último siglo La llevó a cabo la Iglesia, cuando Monseñor Thiel, Arzobispo de San José, publicó una carta pastoral llamada el *Salario Justo*. No cabe duda de que esta carta fue inspirada directamente por la encíclica *Rerum Novarum*. Sin embargo, constituyó un incidente aislado sin repercusión significativa en la pequeña y aislada sociedad costarricense de aquellos días, cuando el Gobierno dependía totalmente de la exportación del café y de los plátanos.

En 1906, el Representante Enrique Pinto presentó al Congreso Nacional un proyecto para proteger a la población contra los accidentes ocupacionales y las enfermedades relacionadas con la profesión. Esta ley ni siquiera se discutió, y cuando se reintrodujo tres años más tarde, fue rechazada sin una discusión sustantiva. Los artesanos trabajaron en la producción de artesanías, y las únicas industrias que empezaron a desarrollarse fueron las plantaciones de plátano, cava producción y comercialización estuvo en manos de la transnacional Compañía Frutera Unida.

Después de la primera guerra mundial se fundaron varios partidos políticos populares, y el más importante fue el Partido Reformista. Este partido introdujo un programa político que señaló las condiciones de salud de los trabajadores y sus familias, incluyendo la necesidad de crear una organización que fortaleciera la lucha contra los parásitos, la pobreza, la malaria, la desnutrición y la tuberculosis. Esto fue en respuesta a la percepción de que la pobreza y el subdesarrollo eran los antecedentes donde se desarrollaron las patologías posteriores. El Partido Reformista, encabezado por Jorge Volio, se enfrentó con dos partidos de oposición durante la campaña política presidencial de 1923.

Ya que ninguno de los tres candidatos obtuvo la mayoría necesaria para convertirse en el Presidente, Jorge Volio aceptó un trato en el cual Ricardo Jiménez sería el Presidente a cambio de la creación de una institución que protegería a los trabajadores contra los accidentes ocupacionales y las enfermedades. El presidente Jiménez apoyó el establecimiento de un banco de seguro que atendería la administración de todos los seguros comerciales

disponibles en el mercado. Se incluyó el seguro que cubría accidentes ocupacionales y enfermedades, pero con la característica de que la cobertura fue individual y cada trabajador podría ampliar su cobertura, con base en su capacidad de pago y su nivel educativo para identificar las ventajas de los diferentes planes de seguro.

El aspecto sorprendente de esta decisión fue que el Banco de Seguro se creó como un monopolio que favoreció a las pólizas de seguro comercial, a pesar de la filosofía liberal del gobierno, del cual el Presidente Jiménez fue uno de sus más fuertes exponentes y que no tuvo oposición. Esta situación permaneció inalterada hasta 1980, cuando el banco se convirtió en el Instituto Nacional de Seguridad, que promovió la responsabilidad del empleador para cubrir la atención de salud de sus trabajadores. Ni el banco ni este Instituto creó sus propios servicios médicos hospitalarios. Siempre los obtuvieron de los hospitales y posteriormente de la Caja Costarricense de Seguro Social. El Instituto Nacional de Seguro siempre mantuvo su distancia de su institución homóloga y ha mantenido una duplicación lucrativa de esfuerzos, evitando la transferencia de sus programas al Instituto de Seguro Social.

Durante la campaña política de 1928, la salud de la población se encontró nuevamente entre los temas centrales. El Presidente electo, el abogado Cleto Gonzáles Víquez solicitó a al ingeniero nacido en Alemania, Máximo Koberg desarrollar un proyecto de atención de salud. El resultado fue la introducción al Congreso del proyecto para la creación de un Sistema de Emergencia que atendería el tratamiento de enfermedades comunes que afectan al trabajador y a su familia. Mientras tanto, el Banco de Seguro seguía proporcionando protección contra los riesgos ocupacionales. El Congreso aprobó el proyecto, pero ya mundo entero sufría la crisis económica de 1929. Nuestro país pobre vio cómo los precios de exportaciones cayeron a niveles críticos que paralizaron la economía y la posibilidad de financiar este nuevo proyecto. Otros autores, como Carlos María Jiménez, indicó la posibilidad de crear un Instituto de Seguro Social, pero la falta de experiencia en el seguro social provocó la falta de apoyo. Sin embargo, en el valle vecino de Turrialba, localizado a 75 km de San José, distancia que se consideraba muy larga en aquellos años, los dueños de las plantaciones de caté y de caña de azúcar

establecieron una cooperativa para la provisión de los servicios de salud a los trabajadores y sus familias. Este esfuerzo fue financiado por los dueños de las plantaciones, los trabajadores y el condado, y representaron un esquema organizacional que fue único en el país.

En 1913, se publicó la encíclica *Quadragesimo Anno*, que complementaba a la *Rerum Novarum*. Ésta propuso el concepto de esquemas organizacionales que incluían a los empleadores y trabajadores que prevendrían las luchas de capital-trabajo. Esto contrastó con las propuestas radicales de las organizaciones marxistas que estaban ganando terreno en la mayoría de los países.

Después de todo, la preocupación de la Iglesia por los trabajadores fue una posición política bien definida por Roma. La encíclica promovió la formación de grupos de trabajadores católicos de clase obrera que podrían desarrollar acciones de beneficio juntamente con sus empleadores. En Europa, las asociaciones católicas alemanas habían establecido normas muy claras que produjeron buenos resultados. Las autoridades eclesióásticas costarricenses enviaron a Roma al joven y prometedor Padre Victor Manuel Sanabria a obtener su doctorado en Derecho Canónico. A su retorno se convirtió en el Arzobispo de San José y jefe de la Iglesia, quien promovió la formación de asociaciones católicas en el país. Apoyó la capacitación del Padre Benjamín Núñez en el campo social para promover y desarrollar esta idea y para establecer los servicios de atención de salud y un programa de jubilación e indemnización dirigido a inválidos y viudas.

En 1928, bajo el liderazgo de Manuel Mora Valverde se estableció el primer grupo en la Escuela de Derecho. En corto tiempo, se convirtió en el Partido Comunista de Costa Rica y Manuel Mora se convirtió en el representante Comunista ante el Congreso Nacional. El segundo punto en el Programa Mínimo de Acción Política propuso a la nación la necesidad de establecer Instituciones de Seguro Social para cubrir a los trabajadores y sus familias. En 1934 este grupo político organizó la primera gran huelga de trabajadores y seleccionó para este fin las plantaciones de plátano para obtener mejores salarios y condiciones de trabajo.

En 1932, el Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, joven médico graduado en la Universidad católica de Lovain, en donde también había estudiado el Padre Mercier, llegó a San José como un emisario de Roma. Como resultado de su conocimiento de los sectores sociales y laborales, se convirtió, con el tiempo, en cardenal. En la campaña política de 1936 fue electo como representante y finalmente se convirtió en Presidente del Congreso. Cuatro años más tarde fue casi el único candidato presidencial, y oficialmente se convirtió en el Presidente en mayo de 1940. Al mismo tiempo, Manuel Mora fue electo como nuevo representante ante el Congreso y Monseñor Sanabria se convirtió en el jefe de la Iglesia.

Unos pocos meses antes, en septiembre de 1939, empezó la segunda guerra mundial, por lo que nuevamente se cerraron los mercados para el caté costarricense, envolviendo al país en una profunda crisis económica. Además, la política derivada de la radicalización de los grupos que temen vínculos cercanos con los países europeos involucrados en el conflicto, pronto creó un ambiente inestable. El abogado Guillermo Padilla Castro, que fue amigo y consejero del Presidente Calderón? fue el responsable de redactar la ley que creó a la Caja Costarricense de Seguro Social. La idea fue establecer una nueva institución responsable de su administración y que respondería no solo a las necesidades de los trabajadores, sino también a mejorar el clima político para reducir las tensiones que se habían generado. Cuando el abogado Padilla tenía preparado el proyecto, no había nadie para discutirlo, ya que el país no tenía ninguna experiencia en este tipo de instituciones. En consecuencia, solicitó permiso al Presidente Calderón para ir a Santiago a consultar con su amigo, el abogado Arturo Etchebarne, quien era el director del Programa de Seguro de Trabajadores de Chile. A su retorno, se envió el proyecto al Congreso Nacional e inmediatamente inicio su discusión.

Desde el principio, se opusieron dos grupos, el sector empresarial y los médicos. El sector empresarial argumentó que debido a la pobre situación económica no era apropiado considerar la adición de nuevos costos a los productos, ya que esto limitaría su acceso a los mercados internacionales. Los médicos advirtieron que esta ley perjudicaría su profesión, ya que reduciría su ingreso al absorber parte de sus actuales pacientes privados. Un gran número

de grupos laborales también se opuso a esta ley, aunque en menor grado que los otros dos grupos. Sostuvieron que los honorarios a ser pagados por ellos equivaldrían a una reducción de su salario a cambio de un servicio que les era completamente desconocido.

La ley que creó la Caja Costarricense de Seguro Social se aprobó en noviembre de 1941, con importantes cambios que transformaron el proyecto original. En el siguiente mes de enero se nombró una junta directiva, y se eligió al abogado Padilla como subdirector. Durante 1942 la administración de la Caja actuó con sumo cuidado y organizó su administración sin darle mucha atención a la provisión de servicios relacionados con la sección de Enfermedad y Maternidad, la única sección que había sido autorizada inicialmente

La junta directiva estaba preocupada por cuatro temas que no fueron resueltos en la ley original:

La institución no era autónoma, ya que fue establecida como un organismo vinculado al poder ejecutivo.

- La institución careció de su propia infraestructura para proporcionar servicios de salud. Por tanto, para responder a la demanda de la atención hospitalaria, estaba obligada a remitir a todos los pacientes al Hospital San Juan de Dios, mediante un convenio con el Consejo para la Protección Social de San José. Sin embargo, los servicios profesionales fueron cobrados por los médicos como si fueran parte de su práctica privada.
- Los fondos de reserva de la institución fueron administrados por una junta formada por el gerente del Banco de Seguro, el gerente del Banco Nacional y un representante del Presidente de la República. Esto socavó completamente la autonomía financiera y administrativa de la institución
- El sueldo máximo permitido para los beneficiarios, de 400 colones, implicó que los trabajadores más pobres que necesitaban más servicios iban a ser los clientes de la institución.

Precisamente, ésta había sido la razón por la cual el Seguro Social Chileno había cerrado sus consultorios.

Para resolver estos problemas, fue necesario modificar la ley, tarea que se logró al año siguiente. La nueva ley de 1943 estableció la autonomía institucional, y la junta directiva adquirió autoridad para desarrollar sus propias reglas. Con la inclusión la constitución de 1949 del artículo que otorgó a la institución derecho para administrar el sistema de Seguro Social, los fallos y las decisiones de la junta directiva adquirieron fuerza legal. Asimismo, la Institución asumió la responsabilidad de administrar sus propios fondos de reserva. En su primer año, la Caja Costarricense de Seguro Social cubrió 12.000 trabajadores. Casi todos eran empleados del gobierno, ya que la división ejecutiva proporcionó el primer contingente y un capital de semilla de 100.000 colones para las operaciones básicas antes de que la Caja empezara a recoger los honorarios. En vista de que la Caja fue organizada dentro del clásico marco de seguro social, solo cubrió a los asalariados. A las mujeres a quienes se les brindó servicios no eran familiares de los asalariados, sino más bien profesoras y oficinistas.

Como la Caja carecía de infraestructura, tuvo que adaptar una habitación en el Hospital San Juan de Dios para recibir al primer asegurado, bajo la atención del Dr. Esteban López, quién fue contratado para este esfuerzo. Los servicios quirúrgicos fueron prestados por los cirujanos del hospital, quienes enviaron sus cuentas a la Caja. Desde el inicio, la administración entendió que era necesario tener sus propias camas y farmacia, ya que las cuentas por medicinas eran iguales a las de los servicios profesionales. Por este motivo, se aceleró la construcción de un Hospital del Seguro Social, y no fue sino hasta el 5 de marzo de 1945 cuando estuvieron disponibles las primeras 29 camas en el hospital que posteriormente se conocería como el Hospital Central. La Caja empezó a ofrecer sus servicios ambulatorios en un edificio pequeño ubicado en el centro de la ciudad. Tan pronto fue posible, se abrió una Policlínica para ofrecer sus servicios de medicina familiar, especialidad médica que tenía alta demanda, y cirugía menor.

Sin embargo, su crecimiento institucional fue lento y difícil: lento, porque el límite del salario superior constituyó una limitación financiera, y difícil, porque la Caja no contaba con la empatía de los empleadores, los trabajadores objetivo, los médicos, o los trabajadores profesionales. Además, durante los años cuarenta el país experimentó etapas políticas muy difíciles. Debido al límite del salario superior, solo fueron tratados los trabajadores más pobres, y esta población con bajos ingresos y mayores necesidades de atención de salud representaron una desproporcionada carga financiera para la Caja.

La difícil situación económica causada por la guerra en Europa disminuyó la capacidad de los empleadores para pagar. Los trabajadores desconocían los beneficios del seguro social, y los comentarios negativos tenían más peso que los positivos. Además, el Gobierno había perdido muy rápidamente el apoyo popular, y el Partido Comunista casi se constituyó en el único defensor de este tipo de proyecto, que también creó resistencia. El apoyo brindado por Monseñor Sanabria no fue suficiente para contrarrestar estos efectos negativos.

Los médicos se opusieron abiertamente al establecimiento de la Caja, y en 1944 fundaron su primera organización bajo el liderazgo del Dr. Antonio Peña Chavarría, quien fue director del Hospital San Juan de Dios. Rápidamente, trabajar para la Caja de Seguro Social no se consideró un logro profesional. En 1946, la junta directiva aprobó la propuesta de la administración para aumentar el límite del salario para elegibilidad a 1.000 colones. Esto propició la primera huelga médica y la renuncia colectiva de los médicos. El conflicto fue resuelto solo cuando la junta directiva rescindió el orden. Los médicos sostuvieron que SUS intereses económicos serían dañados porque perderían parte de su clientela privada. También discutieron que el límite del salario no podía aumentarse hasta que todos los trabajadores que ganaban menos de 400 colones fueran cubiertos por la Caja.

Cuando en 1949 la asamblea nacional discutió la propuesta para incluir la legislación que habría sido un certero adelanto social, ésta rechazó la propuesta.

## La extensión del seguro directo

Para comprender el proceso de la extensión de la Enfermedad y la ley de Maternidad, es importante comprender dos factores que fueron importantes factores determinantes. El primero fue el crecimiento de la población, y el segundo, el comportamiento del gobierno con respecto a sus obligaciones financieras con la Caja.

En Costa Rica, durante la segunda mitad del siglo, el crecimiento demográfico ocurrió rápidamente. Este fenómeno coincidió con el nacimiento de la Caja Costarricense de Seguro Social, aunque los dos procesos no estuvieran relacionados. Durante el denominado periodo de explosión demográfica, Costa Rica experimentó una de las tasas de crecimiento demográfico más altas, y en 1942 tenía la tasa de natalidad más alta en el mundo. En 1942, cuando se estaban tomando las primeras medidas para la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social, la población total era menos de 650.000. Sin embargo, esta cifra se duplicó cada 20 años y durante los 50 años de existencia de la Caja, la población aumentó cinco veces y, para 1991, tenía de 3. 100.000 personas.

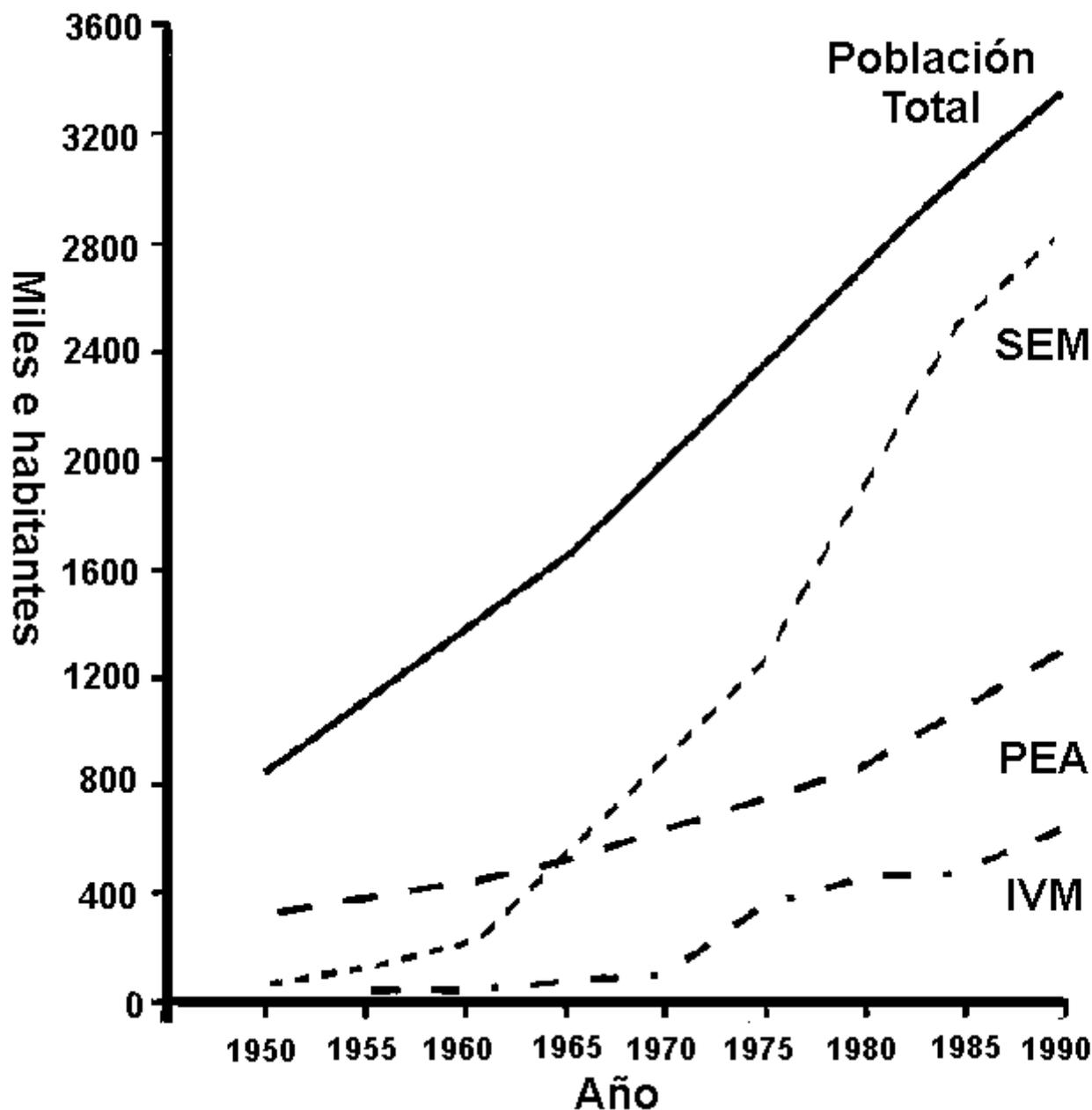
El otro factor fue el comportamiento del gobierno como contribuyente financiero a la Caja. Se sabe que los pagos retrasados del gobierno siempre han sido el principal problema para la mayoría de los Institutos de Seguro Social en América Latina. Aunque Costa Rica no es la excepción, es importante reconocer que la mayoría de las administraciones han tratado de corregir este problema. Los 100.000 colones que el gobierno ofreció a la Caja como capital semilla no se recibió en dinero en efectivo, sino en compensación, facilitando la importación de materiales para la construcción del Hospital Central. Los obstáculos derivados por la segunda guerra mundial hicieron necesario depender de la colaboración del gobierno para facilitar estas adquisiciones. Por tanto, se acumuló una deuda que fue pagada por el Junta Fundadora. (La Junta Fundadora de la Segunda República gobernó durante 18 meses que comenzaron en abril de 1948.) Sin embargo, el problema no desapareció, y la

deuda empezó a crecer nuevamente hasta 1957, cuando la administración de Figueres hizo el primer arreglo de pago, pero no pagó toda la deuda.

Los cambios financieros introducidos por la administración de Echandi en 1958 mejoraron parcialmente la situación. Se consolidó el sistema financiero directo de la Caja a través de impuestos específicos que fueron recibidos directamente por la Caja; pero a pesar de este esfuerzo, la deuda siguió creciendo. Cuando este mecanismo financiero desapareció con la creación del Departamento de Tesorería, parte de los pagos del gobierno dependieron del presupuesto y los gastos fueron aprobados como Presupuesto Nacional.

Cuando la Caja empezó su cobertura, careció tanto de una infraestructura propia como del apoyo de la opinión del público. Las cifras que se presentan en la figura I muestra claramente que durante los primeros 12 años de operación, la Caja únicamente sirvió a los trabajadores que ganaban un jornal diario. Durante este periodo, la población asistida aumentó seis veces, pero solo alcanzó a 24% de la población económicamente activa. En vista que los dependientes no estaban incluidos, la cobertura de la población total permaneció constante en 7%.

**FIGURA 1 Total de población económicamente activa (PEA), Seguro de enfermedad y maternidad (SEM), y Seguro de vejez y vida (IVM) Costa Rica, 1950-1990**



Fuente: Memoria Institucional 89-90

## Extensión del seguro a la familia

El crecimiento en la cobertura de los asalariados así como el inicio de los servicios médicos para los beneficiarios hizo evidente la necesidad de cubrir también a sus dependientes. La junta directiva escuchó las solicitudes de prestación de servicios, en particular las que venían de las plantaciones de café. Poco después que se aprobó la Ley Constitutiva de la Caja, casi todas las

organizaciones de protección social en el país exploraron la posibilidad de tener una relación más estrecha con la Caja Costarricense de Seguro Social, con el fin de obtener apoyo financiero para los hospitales bajo su jurisdicción. Sin embargo, los intereses locales rápidamente pararon las iniciativas de estas organizaciones, excepto en Turrialba, donde la distancia y otros factores habían creado una situación única. Obviamente, el Concejo Municipal con asesoría externa, estableció un sistema para cubrir a la población de las grandes explotaciones agropecuarias. El sistema se financió a través de un impuesto sobre el jornal (3% proporcionado por el trabajador 2% por el empleador), para brindar la atención de salud a los trabajadores agrícolas y sus familias. Incluyó medicinas y financió al hospital local pequeño. Todo esto se logró en 1944. La comunidad solicitó la transferencia del Hospital William Allen en Turrialba y la inclusión de los trabajadores y sus familias para los servicios de maternidad, así como de atención médica. Entonces la Caja experimentó una paradoja, porque ahora ofrecía SUS servicios allende la meseta central y proveía cobertura médica familiar en una zona rural. Ambos sucesos fueron una excepción en el desarrollo tradicional de las instituciones de Seguro Social. Como resultado de este precedente, las poblaciones rurales de la meseta central también empezaron a solicitar el servicio para sus familias. En 1955 la Junta Directiva del Consejo adoptó la provisión de servicios médicos a los dependientes como una política permanente. Un análisis de la cobertura (cuadro 1) muestra claramente que la inclusión de los miembros de la familia dio lugar a un rápido aumento del número de personas cubiertas. Para 1960, cinco años después, aunque hubo un pequeño aumento del número de trabajadores asegurados, hubo entonces un número igual de otros miembros de la familia cubiertos. El aumento total reflejó bien la cobertura de la población total que aumentó de 12% a 15%.

## La crisis financiera

La rápida tasa de crecimiento de la población cubierta causó un déficit financiero, ya que el límite del salario superior de 400 colones todavía estaba vigente. En mayo de 1958, Mario Echandi quedó como Presidente de Costa Rica y nombró a Franklin Solórzano Salas, quien era abogado y Presidente *ex officio* de la junta directiva de la Caja, y del Ministerio de Trabajo. En su mensaje de inauguración, el Presidente Echandi sorprendió a muchos cuando expresó su deseo de ampliar los servicios de seguro social a gran escala. Como se iban a necesitar nuevos recursos financieros, el Ministro de Hacienda, abogado Alfredo Hernández Volio, propuso eliminar el límite del salario superior, y redistribuir la contribución del gobierno. La junta directiva se opuso a esto último con el fin de preservar el símbolo benefactor del gobierno. En agosto de 1958, la administración Echandi propuso una extensión masiva de la ley de Enfermedad y Maternidad. Para este fin, era necesario eliminar los límites del salario, redistribuir la contribución del gobierno y transferir el sistema de Riesgo Profesional y el Banco de Seguro a la Caja Costarricense de Seguro Social, entidad que recibiría sus contribuciones. Además, el gobierno reconocería y pagaría la deuda acumulada, la cobertura dependiente sería universal, y las zonas rurales se beneficiarían de la iniciativa de Invalidez, Vejez y Muerte.

### CUADRO 1

#### Seguro de salud y maternidad, 1942 -1962

| Año  | Trabajadores aseguradas | Familias asegurados | Total asegurados | Población total | Total empleados | % Empleados cubiertos | % de Población cubierta |
|------|-------------------------|---------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------------|-------------------------|
| 1942 | 12,000                  | 0                   | 12,000           | N.A.            | N.A.            | N.A.                  | -                       |
| 1943 | 14,000                  | 0                   | 14,000           | N.A.            | N.A.            | N.A.                  | -                       |
| 1944 | 25,710                  | 0                   | 25,710           | 685,305         | 233,003         | 10                    | 4                       |
| 1945 | 43,472                  | 0                   | 43,472           | 704,434         | 239,507         | 18                    | 6                       |

|      |         |         |         |           |         |    |    |
|------|---------|---------|---------|-----------|---------|----|----|
| 1946 | 47,192  | 5,000   | 52,192  | 725,222   | 246,575 | 19 | 7  |
| 1947 | 50,333  | N.A.    | N.A.    | 745,924   | 253,614 | 20 | 7  |
| 1948 | 52,750  | N.A.    | N.A.    | 766,064   | 261,096 | 20 | 7  |
| 1949 | 57,398  | N.A.    | N.A.    | 788,852   | 268,798 | 21 | 7  |
| 1950 | 63,317  | N.A.    | N.A.    | 812,056   | 272,774 | 23 | 8  |
| 1951 | 65,900  | N.A.    | N.A.    | 838,084   | 282,434 | 23 | 8  |
| 1952 | 70,189  | N.A.    | N.A.    | 868,741   | 290,159 | 24 | 8  |
| 1953 | 71,876  | N.A.    | N.A.    | 971,312   | 297,347 | 24 | 7  |
| 1954 | 73072   | N.A.    | N.A.    | 1.008,766 | 306,035 | 24 | 7  |
| 1955 | 79,290  | 42,813  | 122,103 | 1.048,512 | 315,133 | 25 | 12 |
| 1956 | 81,348  | 51,935  | 133,283 | 1.089,570 | 326,563 | 25 | 12 |
| 1957 | 84,390  | 58,351  | 142,741 | 1.131,762 | 335,739 | 25 | 13 |
| 1958 | 86.,19  | 72,308  | 158,327 | 1.176,480 | 347,588 | 25 | 13 |
| 1959 | 92,215  | 56,265  | 148,480 | 1,226,895 | 359,802 | 26 | 15 |
| 1960 | 94,304  | 94,802  | 189,106 | 1,276,001 | 371,726 | 25 | 15 |
| 1961 | 105,562 | 119,983 | 225,545 | 1.320,662 | 384,179 | 27 | 17 |
| 1962 | 111,279 | 157,018 | 268,297 | 1.367,067 | 396,060 | 28 | 20 |

Esta propuesta fue la más amplia que alguna vez la Caja hubiera considerado y actuó con precaución porque carecía de infraestructura física y de personal para asumir estas nuevas responsabilidades. Por otro lado, la redistribución de la contribución del gobierno provocó reacciones en los empleadores del sector privado, quienes consideraron excesivo el cargo financiero que sufrirían, ya que desde el principio esto significó la remoción del límite del salario superior de 400 colones. El Ministro Solórzano se encargó personalmente de procesar la ley que se redactó para este fin. Por su parte, la junta directiva de la Caja envió al Congreso una ley diferente que permitiría a las instituciones autónomas pagar directamente sus contribuciones a la Caja e independientemente del gobierno, para aliviarlo de esta carga.

Con esta propuesta, la Caja habría logrado aumentar de inmediato el límite del salario superior de 400 a 1000 colones y se le habría autorizado incrementarlo año más en el futuro si lo consideraba necesario. Sin embargo, la Caja perdió una excelente oportunidad financiera. De todas las propuestas, lo único que se aprobó, principalmente por la intervención directa del Ministerio de Trabajo, fue el aumento del límite del salario superior a 1.000 colones, que fue aplicado de inmediato y seguido por una cobertura extendida. En ese momento, el Sindicato Nacional de Médicos no se opuso a esta medida, ya que el desempleo entre sus miembros era alto y el fortalecimiento de los fondos de la Iniciativa de Enfermedad y Maternidad podría ayudar a crear nuevos trabajos. Como resultado, el número aceptable de trabajadores y dependientes se duplicó en cuatro años (cuadros 1 y 2).

## CUADRO 2

### Seguro de Salud y Maternidad, 1962 -1991

| Año  | Trabajadores asegurados | Familias aseguradas | Total asegurados | Población total | Total empleados | % Empleados cubiertos | % Población cubierta |
|------|-------------------------|---------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------------|----------------------|
| 1962 | 11,279                  | 157,018             | 268,297          | 1.367,067       | 396,060         | 28                    | 20                   |
| 1964 | 126,435                 | 214,362             | 340,797          | 1,464,437       | 419,819         | 30                    | 23                   |
| 1966 | 138,450                 | 397,284             | 535,734          | 1,567,230       | 446,676         | 31                    | 34                   |
| 1968 | 176,148                 | 528,300             | 704,448          | 1,664,581       | 499,374         | 35                    | 42                   |
| 1970 | 202,291                 | 606,373             | 809,164          | 1.762,462       | 528,739         | 38                    | 46                   |
| 1972 | 254,696                 | 764,088             | 1.018,784        | 1.867,045       | 560,114         | 45                    | 55                   |
| 1974 | 308,124                 | 924,372             | 1.232,496        | 1,987,895       | 638,432         | 52                    | 62                   |
| 1976 | 381,727                 | 957,665             | 1.239,392        | 2,025,763       | 664,805         | 51                    | 61                   |
| 1978 | 519,020                 | 1.075,243           | 1.594,260        | 2.151,225       | 719,637         | 64                    | 74                   |
| 1982 | 603,393                 | 1.045,286           | 1.648,679        | 2,423,835       | 835,422         | 64                    | 68                   |
| 1986 | 691,033                 | 1.179,284           | 2,156,139        | 2,720,136       | 957,283         | 66                    | 81                   |
| 1990 | 1.496,268               | 1,373,127           | 2,537,423        | 3,032,394       | 1.074,205       | 68                    | 84                   |
| 1991 | 1,526,523               | 1.400,838           | 2,592,563        | 3,108,342       | 1,104,066       | 67                    | 84                   |

## La enmienda constitucional

La amplia discusión que hubo en el Congreso acerca de los fondos de la Caja generó consecuencias importantes. Dos representantes, los abogados Alfonso Carro y Enrique Obregón jugaron papeles importantes. Alfonso Carro fue miembro de la Junta Directiva de la Caja durante la administración de Figueres y el Presidente de la Junta durante la administración Orlich. Junto con el abogado Enrique Obregón, fue uno de los principales promotores de la universalización de los principios del seguro social. Cuando se estaba tratando el tema, ellos apoyaron aquellas medidas que promovieron la ampliación del seguro social. En un punto, Obregón sugirió que 10% del presupuesto nacional debería asignarse permanentemente a financiar esta extensión.

Después de múltiples discusiones, a fines de mayo de 1961 prevaleció su insistencia y se enmendó la Constitución Nacional con el Artículo 177, que amparó la inclusión de todos los costarricenses en la Iniciativa de Enfermedad y Maternidad. Esta enmienda dio a la Caja 10 años para ejecutar esta medida y garantizó que cualquier necesidad presupuestaria estaría cubierta con fondos del presupuesto nacional. Esta decisión política, que fue recibida por la Caja con grandes reservas, implicó el nacimiento del verdadero principio del seguro social, donde el beneficio es para toda la población, que va más allá del concepto limitado, exclusivo y discriminatorio que se había aplicado anteriormente, siguiendo el modelo de Bismarck.

Cuando el Congreso aprobó esta decisión, solo Cuba y el Canadá habían tomado medidas como éstas. El Canadá siguió las políticas heredadas de Gran Bretaña, y Cuba tomó estas medidas como parte de un nuevo sistema político que justificó una economía centralizada. Costa Rica fue el país que, basado en un ideal democrático, incorporó el seguro social como parte del mecanismo de acceso indistinto a la atención de salud. Desde entonces, se levó a cabo una serie de modificaciones. La más importante fue la apertura de la Escuela de

Medicina para capacitar a los médicos requeridos. Pocos años después se estableció una escuela para la capacitación de tecnólogos médicos.

Desde la extensión de la cobertura en 1960, la escasez del espacio hospitalario gradualmente se fue tornando más grave, no solo para el número de camas requerido, sino también por la necesidad de establecer los servicios especializados fuera del área metropolitana, que funcionaría conforme a las normas de la medicina institucional. Esta necesidad fue satisfecha mediante la inauguración del Hospital México en 1969. La Caja empezó la construcción de su hospital con el generoso apoyo del Instituto Mexicano de Seguro Social. Este esfuerzo representó una fuerte afirmación de los principios, así como el compromiso de excelentes servicios de atención de salud.

En marzo de 1969, se abrieron los servicios ambulatorios, y en septiembre de ese mismo año el hospital tenía 600 camas listas. Esto dio a la Caja Costarricense de Seguro Social la base técnica requerida para iniciar la universalización de los servicios. En vista que las zonas rurales también requerían camas de hospital, se formalizó una serie de convenios al inicio de los años sesenta para proporcionar a los hospitales periféricos la infraestructura necesaria para la atención hospitalaria, las visitas médicas, las medicinas y los servicios de apoyo. Esto contrastó con los muy limitados servicios prestados a los pacientes de caridad y creó la necesidad ética de lograr la universalización y suprimir, cuanto antes, las diferencias discriminatorias que para el personal de salud que trabajaba en los hospitales fueron difíciles de aplicar y aceptar.

Además, dado el incremento progresivo de los gastos de los centros médicos rurales, durante varios años el gobierno había creado subsidios fijos para cada uno de ellos. Estos subsidios se distribuyeron a través del Consejo Técnico de Medicina Social, bajo la dirección del Ministerio de Salud. Los ingresos de la lotería del Asilo Chapui, administrados por el Consejo de Protección Social de San José, también estuvieron a disposición del Consejo para su distribución y se convirtió en un mecanismo complementario muy importante de nuevos ingresos para los hospitales rurales. Además se habían creado varios impuestos específicos para ello, principalmente un impuesto de ventas que fue enviado por el Ministerio de Finanzas al Consejo de Seguro Social para su uso.

Un estudio efectuado en ese momento reveló que el subsidio del gobierno representó 40% del presupuesto de los hospitales, la Caja contribuyó con 30%, y la lotería y otras fuentes menores constituyeron la diferencia.

## **Hacia la universalización**

Para la administración de Figueres, quien fue reelecto en 1970 para un periodo adicional de cinco años, la cobertura máxima de la Caja Costarricense de Seguro Social para enfermedad y maternidad fue una política claramente establecida, no solo por la fecha límite establecida por la constitución, sino porque también fue una meta política. Por primera vez, el personal del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social se sentó para elaborar conjuntamente un Plan Nacional de la Salud que utilizaría los recursos de ambas instituciones. El Ministerio de Salud asumió la responsabilidad de todas las acciones preventivas a nivel individual y de población. Por su parte, la Caja se encargó de la atención de enfermedades de toda la población. Esto incluía a los asalariados y sus dependientes, así como a los trabajadores por cuenta propia y los desempleados. Por tarta, el aspecto general del concepto de seguro social empezó a tomar forma.

Para entonces, el país estaba dividido en cuatro regiones de salud: Central (incluyendo la meseta central), Norte, Atlántico y Pacífico. Cada región tenía hospital regional y varios hospitales y centros más pequeños para pacientes ambulatorios. A cada región se le confirió autoridad para iniciar un proceso de descentralización técnica y administrativa, y se les proporcionaron los recursos suficientes para atender los problemas de salud lo más cercano posible al lugar de residencia de las poblaciones cubiertas. Cuando esto no fue posible, se requirió que las regiones contaran en el lugar con un sistema de referencia inmediata y eficaz. A cada región se le asignaron los recursos en una manera ordenada, con base en los estudios de evaluación de necesidades, abordando la situación de salud y recursos disponibles en cada región (cuadro 3).

En ese momento, 65% de la población se clasificó como trabajadores con salario diario y sus dependientes, 25% trabajadores por cuenta propia y sus dependientes, y 10% personas desempleadas, cuyos costos necesitaban ser cubiertos por el gobierno. Además, tanto el Ministerio como la Caja tenían que hacer algunas modificaciones para adaptar sus nuevas funciones. El Ministerio de Salud propuso dos leyes: la primera incluyó una modificación estructural interna, y la segunda creó una Ley General de Salud que definió en detalle la función de la Caja Costarricense de Seguro Social y los mandatos que guiarían la atención de salud. Por su parte, la Caja, con base en una ley aprobada en 1971, creó las Divisiones Médica y Administrativa. Asimismo diseñó un extenso plan para la construcción de las unidades médicas que proveerían suficiente disponibilidad de camas y capacidad de atención de pacientes ambulatorios en el área metropolitana y en todas las regiones del país. La cobertura de seguro social entre la población económicamente activa aumentó de 38% en 1970 a 52% en 1974. La cobertura de la población general aumentó de 46 a 62% durante el mismo período.

### CUADRO 3

#### Consultas por ubicación para el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, 1970-1986-1991

|                                     | 1970      | 1986      | 1991      |
|-------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Colsultas totales                   | 3,440,025 | 7,673,049 | 7,031,818 |
| Ministerio de Salud                 | 1.160,396 | 753,160   | 374,039   |
| Caja Costarricense de Seguro Social | 2,279,629 | 6,910,889 | 6,657,779 |
| (Consultas por habitante            | 195       | 303       | 226       |
| Ubicación:                          |           |           |           |
| Hospital                            | 23        | 31        | 31        |
| Ministerio de Salud                 | 19        | 3         | 3         |
| Caja Costarricense de Seguro Social | 4         | 28        | 28        |

|  |       |       |       |
|--|-------|-------|-------|
|  |       |       |       |
| Camas                                  | 7,000 | 6,950 | 6,825 |
| Consultas externas en el consultorio:  |       |       |       |
| Caja Costarricense de Seguro Social    | -     | 157   | 274   |
| Ministerio de Salud:                   |       |       |       |
| Centros de Asistencia Rural            | 17    | 5     | 4     |
| Centros de salud                       | 62    | 85    | 90    |
| Centros de Educación y Nutrición       | 147   | 56()  | 534   |
| Centros de Atención Infantil completos | -     | 37    | 58    |
| Puestos de Salud                       | -     | 344   | 414   |
| Clínicas Escolares Dentales            | 44    | 65    | 97    |

Fuente: Departamento de Estadísticas, Ministerio de Salud.

Se abrieron los nuevos hospitales, incluyendo: la Anexión en Nicoya, Monseñor Sanabria en Punta Arenas, Dr. Escalante Padilla en San Isidro del General y el hospital en Guápiles. Algunos consultorios abiertos fueron los de Dr. Marcial Fallas y Dr. Solón Núñez en San José, y muchos otros de diferentes tamaños en el resto del país. La tasa de formación de recursos humanos incrementó y se ofrecieron más programas para la capacitación de técnicos, asistentes de enfermeras, enfermeras profesionales y estudiantes de medicina. Asimismo, la

Caja otorgó varias becas para las personas de las áreas donde fue importante incrementar la disponibilidad de personal de salud.

Otra medida que tomó la Caja para finalizar los pasos requeridos para la universalización fue la modificación en el límite del salario. En 1972 la junta directiva decidió aumentar gradualmente el límite del salario superior y eliminarlo por completo en el término de dos años. El objetivo de esta decisión fue incluir a todos los asalariados, independientemente de su ingreso, en la cobertura de Enfermedad y Maternidad. Lo mismo sucedió con el programa de Invalidez, Vejez y Muerte, el que en este caso implicó la universalización, al menos de la población cubierta, dentro del plan de Jubilación, iniciado de forma voluntaria en 1947.

Con estos cambios importantes que ocurrían en el Ministerio de Salud, al igual que en la Caja Costarricense de Seguro Social, la base legal, médica y administrativa estaba lista para el próximo paso: la cobertura de casi toda la población por ambas instituciones.

A fines de 1970 iniciaron las discusiones sobre una ley dirigida a Beneficios Familiares. Algunos de los promotores de esta ley, incluyendo al Presidente Figueres, estaban a favor de entregar dinero en efectivo a la mujer, jefe del hogar. El monto de este beneficio sería determinado por el ingreso y el número de niños. Otros estaban a favor de entregar el beneficio en especie para no fallarle a la población destinataria. La Ley de Beneficios Familiares fue aprobada durante la administración del Presidente Oduber en 1974. La administración de los fondos para cubrir el mandato de esta ley estuvo a cargo del Ministerio de Trabajo. Esta Ley fijó un impuesto de 5% sobre los salarios pagados por el empleador y un impuesto de venías de 20%. Ambas cantidades constituyeron una base financiera sólida para implementar algunos programas sociales importantes, incluyendo:

- Un fondo de pensión para personas de 65 años o más, que no tenían ingresos propios, vivienda, bienes personales o parientes cercanos que nos los podían ayudar económicamente;
- Financiamiento para suministros rurales de agua en comunidades pequeñas que no tenían recursos económicos para contar con agua de buena calidad;

- Asistencia específica para el programa rural de electrificación para dotar de este servicio hasta las áreas más remotas;
- Financiamiento del Programa Rural y Comunitario de Medicina, que incluía nutrición materno-infantil;
- Financiamiento complementario para proyectos de vivienda urbana y rural de bajo presupuesto;
- Financiamiento de programas de beneficio social, como la compra de vacunas para los programas de inmunización.

Esta modalidad de inversión representó un fuerte apoyo para el saneamiento ambiental y para las políticas que posteriormente se conocerían como Atención Primaria de Salud, las que contribuyeron grandemente al mejoramiento de los indicadores de morbilidad y mortalidad, altamente relacionados con la desnutrición y la infección.

Por su parte, la Caja Costarricense de Seguro Social obtuvo la aprobación del Congreso para la transferencia de los hospitales de los Comités de Protección Social y de la industria bananera. Esto incluyó la autorización para construir un sistema de hospital nacional que consolidaría la regionalización de los servicios de salud y la autorización total para el establecimiento de los niveles primarios, secundarios y terciarios de la atención de salud.

El programa de transferencia se completó en 1977 y finalizó totalmente en 1986 con la transferencia del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde V, de San Ramón. La transferencia ha traído grandes beneficios concordantes con las metas, desde las cuatro especialidades básicas de: medicina interna, cirugía, obstetricia-ginecología y pediatría, que desde entonces se han practicado en todos los hospitales. Además, permitió proporcionar servicios especializados a las zonas rurales, así como la diferenciación de los hospitales regionales y de apoyo, y la descentralización de los servicios. La estructura física de todos los hospitales transferidos se mejoró de inmediato. Algunos de ellos, como el Hospital de Limón y los hospitales de Ciudad Quesada y Villa Neilly, tuvieron edificios nuevos.

En otros casos, la Caja construyó totalmente los hospitales nuevos en localidades como Los Chiles, Upala y San Vito. Estos edificios, más otras doce unidades edificadas para los consultorios periféricos, fueron construidos en ubicaciones estratégicas para optimizar su utilidad. Estas inversiones fueron posibles gracias a un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo en 1976 para satisfacer las necesidades más urgentes de ese momento.

A fines de los años setenta, la cobertura de los programas del Ministerio de Salud fue casi universal. Como resultado de las acciones preventivas, individuales y colectivas, los indicadores de salud mejoraron rápidamente. Por su parte, la Caja cubrió a más de 75% de la población total, y trató de hacer las modificaciones pertinentes para consolidar sus políticas. Para 1978, cuando la conferencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebrada en Alma-Ata adoptó los programas y los indicadores para lograr la "Salud Para Todos en el año 2000", Costa Rica ya estaba operando dentro de ese marco y había alcanzado los niveles de morbilidad y mortalidad equivalentes a aquellos encontrados en los países industrializados. Esto significó que un país pobre con una economía basada en la agricultura, pudo cubrir a la mayoría de la población con atención médica; cubrir 50% de la población calificada para recibir protección contra Invalidez, Vejez y Muerte; implantar un sistema de seguro para proteger a los trabajadores contra los riesgos ocupacionales; y ejecutar un programa de desarrollo social que incluyó vivienda, pensiones no contributivas y brindar apoyo a la población económicamente más desfavorecida, incluyendo servicios médicos ambulatorios y atención hospitalaria.

## **Desarrollo de recursos humanos**

Cuando el antiguo Hospital Central se convirtió en el promotor de la medicina académica, las actividades de capacitación constituyeron una prioridad y se ampliaron de la siguiente manera:

- Se aceptaron estudiantes costarricenses para completar sus prácticas internas requeridas.

- Se establecieron las primeras residencias para médicos graduados, para introducir empleo de tiempo completo en el hospital.
- Se crearon recursos que fueron empleados por la Residencia Universitaria y la Comisión de Prácticas Internas, para capacitar a los primeros especialistas.
- En 1966 se iniciaron los cursos universitarios paralelos para la enseñanza de medicina, cirugía, obstetricia-ginecología.
- Se organizó el programa de capacitación para enfermeras y posteriormente se asoció con una Escuela de Enfermería.
- Se organizaron cursos para enfermeras auxiliares en los hospitales metropolitanos y rurales. Todos los técnicos que trabajaban en el área de servicios de pacientes recibieron capacitación especial a través de los cursos proporcionados por las Escuelas de Medicina y de Microbiología.
- En 1974 se firmó un convenio con la Universidad de Costa Rica para utilizar los consultorios de la Caja Costarricense de Seguro Social para la enseñanza y la investigación. Éste se renovó en 1984.
- Se llegó a un acuerdo con el programa de estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica para la capacitación en 34 especialidades clínicas, bajo la responsabilidad financiera y administrativa de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- En 1974 se estableció el Centro para la Enseñanza y la Investigación para proporcionar coordinación institucional. En 1982, debido a su desarrollo académico, el Centro para la Investigación en Salud y Seguro Social (CENDEISS) y su espacio

físico se duplicó con la adición de un auditorio y más aulas nuevas.

- En 1988, el CENDEISS se convirtió en el Centro para el Desarrollo de Estrategia e Información sobre Salud y Seguro Social, que se centraba en la formación de recursos humanos, con base en las metas institucionales establecidas por las políticas de salud de la Caja y por parte del gobierno dentro del Plan de Desarrollo Nacional.

## La integración

El desarrollo del primer plan Nacional de Salud constituyó combinación de acciones sin precedentes. El hecho de que el Ministerio de Salud asumiera la responsabilidad exclusiva de la promoción de la salud individual y colectiva, implicó que si ésta era eficaz, las demandas de visitas de pacientes ambulatorios y de hospitalización en la Caja Costarricense de Seguro Social disminuirían significativamente. La disminución en la hospitalización pediátrica en los últimos 15 años es la mejor evidencia del logro del programa de atención primaria de salud. El encarnamiento pediátrico ahora constituye apenas dos tercios de lo requerido en 1974, aunque la población de niños se ha duplicado (cuadro 3). La Caja Costarricense de Seguro Social no podía depender únicamente de la medicina curativa, ya que hubiera promovido más hospitalizaciones o consultas.

En consecuencia, algunos programas incluyen el enfoque curativo y preventivo. Un ejemplo de ello es la planificación familiar, que se aborda en los programas preventivos y curativos de salud para mujeres, y que no se visualizan como un suceso aislado que no tiene relación con problemas fisiológicos o patológicos. Por este motivo, durante todo el tiempo se han duplicado los esfuerzos en los servicios preventivos y curativos. Esta tendencia se vuelve más fuerte cuando se descentralizan los servicios y se integran en Las comunidades. Por tanto, la

estrategia de desarrollar servicios locales de salud, *e spor excelencia* integral. La Caja promovió firmemente este proceso, aunque en este momento, la provisión de los servicios de salud a través de dos instituciones provocó duplicación de esfuerzos y costos innecesarios. Es importante redefinir cuanto antes la función del Ministerio de Salud como la institución que determina las políticas coordina las acciones y evalúa los resultados al mismo tiempo que la Caja Costarricense de Seguro Social ejecuta todas las acciones preventivas y curativas.

Finalmente, todos estos procesos, y en particular aquellos sucesos que ocurrieron en los últimos 20 años, han sufrido cambios legales mínimos. En consecuencia, ha sido necesario revisar el marco legal y hacer los grandes cambios que se requieren para mejorar la estructura y la función del sistema de atención de salud. Sin cambios apropiados el proceso excepcional desarrollado en Costa Rica, empezará a deteriorarse. Es importante que la Caja Costarricense de Seguro Social no solo elimine los factores negativos que cada vez se vuelven más fuertes, sino que también permita la participación de organizaciones que han sido excluidas.

## **Los nuevo modelos de atención de salud**

Desde 1974, la Caja Costarricense de Seguro Social de Costa Rica ha estado empleando diferentes modelos de atención de salud. En respuesta a la discusión razonable de los empleadores sobre el tiempo que tomaban sus trabajadores para visitar un consultorio del seguro social se propuso al médico industrial (es decir, un médico contratado por el empleador para que trabaje directamente en la empresa). Bajo este sistema, el empleador paga el sueldo del médico, e, Instituto proporciona los beneficios restantes requeridos por el trabajador, y el empleado puede recibir atención adecuada en el sitio del trabajo. Esto significa menos tiempo perdido en la productividad, más ganancias para los empleadores, y una mejor relación con sus trabajadores. Desde el inicio los resultados fueron notables, ya que todas las partes involucradas estaban satisfechas con el sistema. Hasta la fecha, hay más de

800 empresas urbanas y rurales que utilizan este sistema, y en algunas circunstancias, incluso los trabajadores retirados o dependientes consultan al médico en el lugar de trabajo del beneficiario directo. En 1992, este sistema brindó más de 700.000 visitas médicas que ahora están siendo complementadas con un sistema rápido de entrega de medicamentos en el

En 1989 se creó el modelo de medicina mixta. Bajo este sistema, el beneficiario puede elegir al médico de su preferencia y pagarle directamente por los servicios prestados. El beneficiario le paga directamente al médico y no se le reembolsan los gastos, y la Caja proporciona los beneficios complementarios que el caso requiere. Los resultados de este modelo han sido positivos, aunque no tan buenos como los mencionados en el modelo anterior. Los costos de este sistema son mayores, porque el médico presta servicios de diagnóstico y curativos que también son proporcionados por la Caja. En 1992, se cubrieron aproximadamente 125.000 visitas médicas mediante este sistema y se esperan más en el futuro.

En 1986 se introdujo el "modelo inglés" en una ciudad de 20.000 habitantes que anteriormente temían que recibir servicios de salud en otra ciudad. Bajo este sistema, se forma un grupo que se responsabiliza de las necesidades de atención de salud de los individuos en una población en donde se les permite elegir a su médico dentro del grupo formado. Asimismo, los pacientes tienen la libertad de cambiar al médico si así lo desean. El ingreso que recibe el médico se basa en el número de personas que se registran bajo su atención. Por tanto, la situación ideal para el médico es tener un registro total de pacientes, pero sin tener que atenderlos con frecuencia, ya que su ingreso se basa en el registro de pacientes y no en el número real de visitas.

Esto fomenta el enfoque preventivo y el desarrollo de la confianza entre el paciente y su médico preferido. Las personas inscritas bajo este modelo tienen el derecho de requerir servicios de emergencia fuera de horas o días regulares de atención e incluso pueden solicitar una visita domiciliaria. Además, el médico tiene la obligación de visitar y familiarizarse con el ambiente donde habitan sus pacientes.

Los resultados iniciales de este sistema no fueron satisfactorios, principalmente porque los médicos no realizaron sus funciones conforme se había previsto. A

pesar que los médicos habían sido capacitados para el sistema de salud, carecían de adiestramiento en las aptitudes necesarias para lograr el desarrollo de este programa. Sin embargo, la aplicación posterior de este programa en una comunidad de 30.000 habitantes produjo resultados excelentes. La experiencia indica que la incorporación del enfoque de medicina comunitaria en las escuelas de medicina es un paso fundamental necesario para el éxito de este modelo de atención de salud. Este sistema representó aproximadamente 150.000 visitas médicas en 1992.

En 1987 se construyó un consultorio en Pavas, ciudad de 60.000 habitantes. Esta clínica incluyó servicios a pacientes ambulatorios, diagnóstico y tratamiento especial. Se decidió probar en esta población un modelo de atención integral de salud, esfuerzo que fue coordinado por una cooperativa que fue contratada y supervisada por el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social. Los resultados no pudieron haber sido mejores; el nivel de satisfacción y organización de la comunidad alcanzó niveles nunca logrados anteriormente. El personal de la cooperativa a cargo del funcionamiento del programa también logró un nivel de satisfacción nunca observado en el modelo tradicional. Esta experiencia se repitió al año siguiente en una comunidad de casi el mismo tamaño pero con una composición socioeconómica diferente. Los resultados fueron tan buenos o incluso mejores que los de Pavas. Ambas localidades representaron más de 300.000 visitas médicas. En este momento se están formando dos nuevas cooperativas para cubrir a otras poblaciones con este modelo de atención de salud. (lacia 1992, este sistema, que se enmarca dentro del modelo de subcontratación de servicios privados, representó 15 a 17% de los servicios prestados por la Caja. En 1987, se introdujo la especialización de Médicos Familiares como modelo comunitario. Sin embargo, hubo muchas dificultades para desarrollar esta idea, porque se percibió como una competencia para otras especialidades. No obstante, su desempeño ha sido excelente y su ampliación tendrá una fuerte repercusión.

A pesar de sus logros, actualmente el modelo de atención de salud de Costa Rica está siendo revisado y se está reorganizando completamente su estructura. Esto es de esperarse, ya que los cambios profundos que han

sufrido nuestras sociedades exigen la modernización de organizaciones en todo el mundo. Se espera que los nuevos conceptos reforzarán el creciente valor social vinculado con los individuos para brindar buena calidad de vida a grandes segmentos de la población.

## **Comentarios finales**

Ha tomado casi cuatro décadas el desarrollar un sistema de atención de salud en Costa Rica, que evolucionó de un sistema de bienestar, caridad mixta y auspicio indirecto del gobierno, a un sistema de atención nacional de salud, con base en los principios del seguro social.

Hace cuatro decenios el Ministerio de Salud y las Organizaciones de Protección Social administraron los programas curativos y preventivos dentro de las limitaciones técnicas y financieras que eran entonces prevalentes. La creación y desarrollo de la Caja Costarricense de Seguro Social constituyó el punto de partida para una serie de cambios que han modificado completamente la incidencia y el tipo de enfermedades, así como los niveles de salud y bienestar de la población.

Hasta cierto punto, Costa Rica ha seguido el camino de atención de salud de las naciones socioeconómicamente más avanzadas. Éstas últimas se desplazaron de los sistemas individuales o de población al modelo de seguro social que consideró los derechos de los ciudadanos. Estos derechos abordaron el acceso universal a la atención de salud y bienestar, incluyendo vivienda adecuada, educación, nutrición y vestimenta.

Inicialmente, los sistemas basados en el seguro social lograron proteger a sus beneficiarios contra una serie de riesgos. Sin embargo, este sistema se volvió selectivo y tendió a concentrar los beneficios. Fueron selectivos porque excluyeron a los segmentos de la sociedad que con frecuencia eran los más vulnerables.

Costa Rica lanzó su sistema de seguro social que cubrió a los asalariados desde 1942a 1955. Posteriormente, La esposa, los niñas menores de 12 años y los padres dependientes del beneficiario, también calificaron para recibir

estos beneficios. Además, la Caja tomó la inusitada medida de expandirse hacia las zonas rurales con la misma intensidad que en las regiones urbanas. Con la eliminación del límite del salario superior en 1960, la Caja expendió enormemente la cobertura del Programa de Enfermedad y Maternidad. En 1961, el Congreso aprobó por unanimidad la modificación de la Constitución Nacional para brindar la cobertura universal de atención de salud y le dio a la Caja un máximo de 10 años para lograr esta meta. En 1970, el mandato Constitucional empezó a entrar en vigor. En la década de los años setenta se observaron grandes mejoras en las estadísticas de salud. Como resultado, al momento de redactar este capítulo, 84% de la población costarricense está siendo cubierta por los servicios de salud, y el país ha alcanzado niveles en los indicadores de salud que solo pueden encontrarse en los países desarrollados. A la fecha, la Caja Costarricense de Seguro Social ofrece, a cualquier país que desee adoptarlo, cinco programas principales para la distribución de los beneficios sociales:

- Iniciativa de Enfermedad y Maternidad.
- Cobertura de enfermedades ocupacionales y accidentes.
- Programa de Invalidez, Vejez y Muerte.
- Programa de Beneficios Familiares.
- Seguro para el desempleo y suspensión forzosa de trabajo.

Costa Rica ha seguido y consolidado firmemente los primeros cuatro beneficios enumerados anteriormente. Es razonable esperar que con base en las actuales tendencias de justicia social democrática y equitativa y en el mejoramiento en localización de vida en varios países, los programas de seguro social se convertirán en un objetivo social y político, así como en un producto del desarrollo. Además, dentro del contexto de los derechos sociales, la situación de los ciudadanos, de ahora en adelante, deberán describirse así:

- Mejor salud
- Ambiente de trabajo limpio
- Seguridad económica
- Desarrollo social
- Subsidio de desempleo

De esta manera, los ciudadanos tendrán mejores perspectivas de lograr su bienestar en el futuro.

# 3. Desarrollo y características de los servicios de salud y nutrición para las comunidades urbanas y rurales de Costa Rica

*Dr. William Vargas*

## Introducción

La mayoría de los países en el mundo se han fijado la meta de extender los servicios de salud a toda su población. Sin embargo, pocos han logrado esta meta o mostrado un progreso considerable. Indiscutiblemente Costa Rica pertenece a estos pocos países privilegiados. En la primera mitad de los años setenta, Costa Rica había desarrollado los servicios de salud en las ciudades, pero no así en las zonas rurales. En ese tiempo, ni siquiera 20% de la población rural tuvo acceso a los servicios de salud mínimos. Para finales de esa década, sin embargo, los servicios de salud cubrieron a más de 90% de la población del país, y todos los indicadores de salud mejoraron significativamente en toda la nación.

Durante este periodo, se establecieron aproximadamente 400 puestos de salud en las zonas rurales. En las zonas urbanas, los centros de salud orientaron sus actividades hacia la identificación de prioridades y áreas de alto riesgo - llamadas Áreas Comunitarias de Salud - por lo tanto, fusionando el trabajo fuera y dentro de la comunidad del personal auxiliar de salud. Además, se construyeron más de 500 centros de nutrición urbanos y rurales. Todas estas

instalaciones sirven para implantar un programa de salud y nutrición que cubre a los grupos de población dispersos en las zonas rurales, así como a los grupos urbanos desposeídos. Estos centros también administran un programa ambiental comunitario, manejado por el personal auxiliar, que utiliza tecnologías socialmente aceptables y de bajo costo.

Este capítulo analiza las principales características metodológicas, las estrategias y los resultados de los siguientes programas de salud y nutrición, los cuales se iniciaron o fortalecieron en la primera mitad de los años setenta:

- El Programa Rural de Salud (para comunidades rurales);
- El Programa Comunitario de Salud para grupos de población urbanos menos privilegiados;
- Dos Programas Rurales de Salud implementados en áreas geográficas específicas: el programa de Hospitales sin Muros de San Ramón y el Programa Rural de Salud de San Antonio de Nicoya;
- El programa de nutrición dirigido a niños menores de seis años de edad, escolares y madres embarazadas y nodrizas.

Estos programas, cada uno con diferencias metodológicas y financieras, constituyen las bases de la atención primaria de salud en Costa Rica. El personal del Ministerio de Salud de Costa Rica ha coordinado y ejecutado todos ellos, excepto el programa en San Antonio de Nicoya. En 1992 se inició la estructuración del Programa Rural de Salud, y en 1974 la del Programa Comunitario de Salud. El programa de nutrición empezó en los años cincuenta y se fortaleció en 1975, cuando comenzó a recibir recursos financieros nacionales e internacionales considerables.

Todos los programas están enmarcados conforme el Plan Nacional de Salud de Costa Rica 1974-1980, que definió los siguientes conceptos clave de salud (Ministerio de Salud, 1973a):

- La población tiene derecho de gozar de los servicios de salud y el gobierno tiene la obligación de organizarse para proporcionar los servicios de salud.
- Atención integral de salud, considerando promoción de la salud y prevención, así como curación de enfermedades y rehabilitación.
- Regionalización y descentralización de los servicios de salud.
- Extensión de los servicios de salud a toda la población.
- Atención de pacientes ambulatorios como una prioridad.
- Promoción de actividades educativas y de capacitación en el área de la salud.
- Compatibilidad de los gastos de salud con la capacidad económica del país.

Paralelo al Programa de Extensión Comunitaria, se incluyeron la salud y la nutrición en poblaciones urbanas rurales menos privilegiadas, proceso más complejo que comenzó a desarrollarse dentro de los servicios de salud. A partir de 1974 y en los siguientes tres años, todos los hospitales administrados por el Ministerio de Salud y la Compañía Bananera de Costa Rica fueron transferidos a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). De esta manera, 25 hospitales, desde los más complejos a hasta los pequeños hospitales rurales, fueron transferidos a la CCSS. Durante los años setenta, la cobertura de seguro social aumentó a 80%. Por tanto, los grupos de población de bajos ingresos dejaron de recibir atención de salud caritativa y adquirieron el derecho a la atención de salud con base en el seguro social.

# Antecedentes de los programas de extensión comunitaria

## Organización de los servicios de salud antes de 1970

En 1970, 18 instituciones prestatarias estuvieron a cargo de la atención de la salud en Costa Rica: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Oficina Administrativa para la Asistencia Médica y Social, Juntas para Protección Social, Instituto de Seguro y otras. Desafortunadamente, todas estas instituciones tenían diferentes reglamentos, administración y fuentes financieras. Mas aún, apenas coordinaron sus actividades y además de la compleja estructura de salud de ese entonces, había una inadecuada utilización y distribución desigual de los recursos. Todo esto produjo una situación caótica en la salud pública: cobertura incompleta de salud de la población; variedad de diferencias en los servicios de salud referente a cantidad y calidad; programas preventivos de salud considerados de poca importancia, mientras se recalcaba la asistencia curativa y una marcada autonomía de todas las instituciones de salud con base en las leyes que las establecieron. En 1969, se asignó menos de 10% del presupuesto total de salud para medidas de salud preventiva.

Asimismo, en Costa Rica se desconocía la regionalización de los servicios de salud. Todos los recursos de salud, que estaban dirigidos principalmente a las acciones curativas, fueron asignados a la capital, San José. En 1969 el territorio nacional estaba dividido en 19 Distritos Sanitarios dentro del enfoque de mejorar el manejo de los servicios de salud. En 1971 se establecieron cinco áreas de salud, pero en 1983 se cambiaron a siete regiones de salud. Previo a 1970, las comunidades tenían una limitada participación en el proceso de salud. Sin embargo, a principios de los años setenta, el gobierno lanzó una iniciativa para movilizar los recursos de la comunidad. Su meta fue apoyar a los programas de malaria y a las unidades móviles de atención médica en las zonas rurales.

Antes de 1970, las actividades sanitarias ambientales se dirigieron a los núcleos densamente poblados. En ese momento, menos de 50% de la población rural tenía agua potable (principalmente de fuentes públicas) y menos de 40% contaba con cualquier medio higiénico para la eliminación de excretas. En efecto, la participación intersectorial en la salud se limitó a actividades promocionales de la salud, patrocinadas por el Ministerio de Educación Pública (educación sanitaria, huertos escolares).

En 1970, Costa Rica tenía los siguientes recursos humanos que trabajaban en el sector salud por cada 10.000 habitantes (Ministerio de Salud, 1978a): 5,2 médicos, 1,4 dentistas, 4,2 enfermeras y 13,6 auxiliares de enfermería. Esta personal era insuficiente para poder satisfacer las necesidades de salud de la población. Ese mismo año, el país tenía únicamente 2,9 camas de hospital por cada 1.000 habitantes. El gasto per cápita en salud fue de EEUU\$29,5 en 1970, 5,1 % del producto interno bruto (Sáenz, 1985b). Las consultas y las hospitalizaciones agotaron la mayoría del presupuesto de salud.

## **Unidades médicas móviles**

El Programa Costarricense de Unidades Médicas Móviles se creó a principios de los años sesenta. Se financió principalmente por fuentes extranjeras a través del Programa Alianza para el Progreso. A fines del decenio, Costa Rica tenía nueve unidades móviles terrestres y una marítima. Los equipos de salud estaban formados por un médico general, un auxiliar de enfermería, un inspector de salud y un conductor, y contaban con un jeep de transmisión en las cuatro ruedas. El equipo básico de salud estuvo destacado en un centro de salud ubicado en la capital de un condado. Cada unidad móvil cubrió de 12 a 18 comunidades, todas ellas ubicadas a una distancia de 5 y 20 km del centro de salud, generalmente visitadas durante un día, según calendarización mensual. En las comunidades más distantes y más densamente pobladas, la unidad móvil permaneció dos o tres días.

Las principales funciones de las unidades móviles fueron: consulta médica para enfermos; acciones ambientales sanitarias (construcción de letrinas; saneamiento de casas y mejora de fuentes de agua), actividades educativas;

creación de comités de salud, y promoción de la producción de alimentos en huertos familiares y comunitarios. A pesar que el Programa de Unidades Médicas Móviles contaba con un fuerte respaldo político y con recursos extranjeros sólidos, tenía varios factores limitantes. Por un lado, el recorrido automovilístico a algunas comunidades era prácticamente inaccesible durante la estación lluviosa. Por otro lado, las poblaciones de mayor riesgo, es decir, las comunidades más distantes, no tenían acceso al programa: las precarias condiciones de los caminos afectaban a los vehículos de la unidad, obligando al equipo a interrumpir su calendario de visitas cada vez que el vehículo se descomponía o cuando éste tenía que reemplazarse (cada dos o tres años). Otra restricción importante para el programa de unidad móvil fue su limitada cobertura: solo 130 de 3.000 comunidades con menos de 2.000 habitantes. Además, el programa tenía un enfoque predominantemente curativo: el equipo de salud tenía que cubrir una demanda de 60, 80, o aun más pacientes diarios, lo cual limitó su tiempo para llevar a cabo otras acciones de salud. Algunas comunidades con serias restricciones en los servicios básicos de salud se beneficiaron del Programa de Unidades Médicas Móviles. Sin embargo, en el condado, donde se ejecutó el programa durante varios años (Puriscal, San Carlos, Pérez Zeledón, Nicoya, Santa Cruz y Buenos Aires) no se pudo traducir ningún cambio significativo en la mortalidad infantil como una repercusión positiva del programa (Vargas, 1976). Las unidades móviles continuaron operando en todos los años ochenta y a la fecha aún siguen activas. Su principal función sigue siendo la curativa, ya que visitan los puestos de salud para apoyar las actividades de salud que está desarrollando el personal local. Por lo tanto, las unidades aumentaron la provisión de los servicios curativos y de salud para la población.

## **En busca de un nuevo modelo de atención de salud**

En la segunda mitad de los años sesenta y el inicio de los setenta, varios países latinoamericanos discutieron maneras para extender sus servicios de salud a las poblaciones rurales dispersas, en particular las comunidades con menos de 500 habitantes, así como a las familias que habitan en las riberas de

los ríos y a lo largo de los caminos. El concepto de "medicina simplificada" surgió de estas deliberaciones. Este concepto es implementado por personal auxiliar, quienes, después de un curso de capacitación de dos meses, son capaces de atender y resolver la mayoría de los problemas comunes de salud de la población. Para entonces, Venezuela había establecido un programa "simplificado de medicina" dirigido a las poblaciones rurales. En Chimaltenango, Guatemala, el Dr. Carroll Berhorst capacitó a los líderes indígenas para que participaran como "asistentes de salud" en sus comunidades. Durante el mismo lapso, eruditos latinoamericanos estudiaron y diseminaron información sobre los modelos de atención primaria de salud utilizados en otras partes del mundo

## **Apoyo político**

En mayo de 1970, un nuevo gobierno democrático social llegó al poder. El presidente José Figueres, que tenía un conocimiento profundo de los problemas que afectaban a las zonas rurales, se comprometió en su programa político a cambiar el destino de la población rural.

En octubre de 1972, la Reunión Especial de los Ministros de Salud de las Américas hizo una recomendación:

Ampliar la cobertura mínima de los servicios integrados de salud a todas las personas que vivían en los poblados con menos de 2.000 habitantes, permitiéndole al personal de salud auxiliar - debidamente capacitado para este fin - encargarse de los servicios de salud. Se entiende que esta atención de salud básica, con diferentes niveles de calidad, debe complementarse con una coordinación y sistema de referencia que permita el acceso de toda la población a la atención de salud más especializada (Ministerio de Salud, 1973b).

El documento básico de referencia de la Reunión de los Ministros recomienda el establecimiento de los "servicios integrados de salud mínimos" que deben

cubrir los siguientes elementos: atención del enfermo en emergencias; atención de salud para madres y niños menores de 5 años, incluyendo educación familiar y comunitaria sobre temas sanitarios, así como en alimentación y nutrición; inmunizaciones; saneamiento básico; registro de datos estadísticos; y referencia de pacientes a unidades de salud más complejas. El documento también señala que estos servicios de salud deben estar a cargo de unidades primarias de salud y atendidas por personal auxiliar capacitado y supervisado por los niveles más altos. Además, cada unidad debe tener capacidad para atender a 5.000 habitantes.

Cuando Costa Rica implantó a inicios de los años sesenta la estrategia de extensión comunitaria de unidades móviles, anuló el esquema tradicional de atención de salud y creó nuevas necesidades entre los grupos de población que siempre habían sido olvidados por los gobiernos. Sin embargo, el país no obtuvo el efecto que buscaba. En la primera mitad de los años setenta, varios grupos técnicos en América Latina y otras partes del mundo, analizaron estrategias y actividades alternativas para desarrollar un programa de salud dirigido a las comunidades rurales. Sus esfuerzos fructificaron en la Declaración de Alma-Ata en 1978.

Por tanto, se puede concluir que el desarrollo de programas de extensión comunitaria para zonas rurales y urbanas en Costa Rica fue facilitado por distintas circunstancias. Por un lado, el Presidente Figueres apoyó las nuevas iniciativas de salud orientadas a grupos de poblaciones rurales. Por otro lado, los Ministros de Salud de las Américas adoptaron la extensión de los "servicios integrados de salud mínimos" para poblaciones rurales, basados en el personal auxiliar capacitado como una política regional de salud.

## **Grupo de trabajo**

Con base en todos los elementos políticos y de salud señalados anteriormente, el Ministerio de Salud de Costa Rica se convirtió en la entidad ideal para desarrollar un nuevo programa de salud dirigido a grupos de poblaciones rurales. De hecho, este poder se invistió formalmente en ministerio mediante el

convenio tripartito firmado por el gobierno de Costa Rica, OPS/OMS y UNICEF en marzo de 1972.

Con el propósito de desarrollar el nuevo programa de salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) nombró a un especialista en salud pública y a un ingeniero sanitario que había trabajado durante varios años en Costa Rica en el Programa de Control de la Malaria. Ambos profesionales conocían el país, particularmente las comunidades rurales ubicadas en altitudes bajas, zonas típicamente endémicas de malaria, que fueron consideradas como áreas prioritarias para el programa rural de salud. Las contrapartes costarricenses fueron un Gerente de Operaciones de Campo, seleccionado del Programa de Control de la Malaria, y una enfermera graduada capacitada en salud pública. Sin embargo, la falta de recursos financieros, condujo a la decisión de limitar las actividades en 1972 únicamente para capacitación. Ese año, se impartieron dos cursos de tres meses sobre salud rural a 34 evaluadores y 17 voluntarios que trabajaban para el Programa de Control de la Malaria.

Durante la primera mitad de 1973, el Ministerio de Salud nombró a un especialista en salud pública como gerente del programa, puesto que desempeñó unos pocos meses, así como a otra enfermera capacitada en salud pública. Durante 1973, el equipo central estaba conformado por los dos asesores nombrados por la OPS/OMS, el Gerente de Operaciones de Campo, dos enfermeras, un secretario y un conductor. En mayo de 1974, se incorporó al personal un médico como director del programa. Poco tiempo después, otras dos enfermeras en salud pública se unieron al grupo. El equipo de trabajo tenía las siguientes funciones: preparar el programa para capacitar al personal de campo, diseñar un sistema de información para el programa, supervisar el programa y ejecutar el nuevo modelo de atención de salud, desarrollado por el equipo central para grupos de poblaciones rurales.

Como en esta época los programas sólidos de extensión dirigidos a las comunidades rurales eran prácticamente desconocidos, ninguno de los miembros del equipo se sintieron motivados para visitar programas similares en otros países. Como resultado de esta situación, se lanzó? desarrolló y consolidó el Programa Costarricense de Salud Rural utilizando estrictamente recursos rurales costarricenses.

El equipo central no solo tuvo la responsabilidad de diseñar el programa, sino también de dirigirlo y ejecutarlo. Varios elementos del programa que al principio se consideraron lógicos, al menos desde un punto de vista teórico, posteriormente chocaron con la realidad cuando se pusieron en práctica. Afortunadamente, el equipo reaccionó ante esta situación y corrigió todos los errores observados en el campo.

## **Características de la población costarricense**

Con base en el Censo Nacional de Población de 1973, Costa Rica tenía un total de 1.872.000 habitantes que vivían en 4.245 comunidades. La población del país puede subdividirse en las siguientes categorías: urbana, rural concentrada y rural dispersa. La población urbana, distribuida en 77 grupos de población con más de 2.000 habitantes, constituyó 47% de la población del país. La población rural concentrada, con un total de 418.000 habitantes que vivían en 494 grupos de población de 500 a 2.000 habitantes, representó 22%. La población rural dispersa, con un total de 574.000 habitantes que vivían en 3.684 grupos de población de menos que 500 habitantes, significó 31 % de la población total del país. El último grupo se convirtió en la población destinataria de la primera fase del Programa Costarricense de Salud Rural (Ministerio de Salud, 1973b).

Un análisis exhaustivo del medio rural costarricense permitió la identificación de los siguientes factores que limitan el acceso de la población a los servicios de salud (Ministerio de Salud, 1978a).

### *Inaccesibilidad geográfica*

La inaccesibilidad geográfica estaba directamente relacionada con la tremenda dispersión de poblaciones encontrada en el país, especialmente en las zonas costeras bajas y fronterizas. En las áreas rurales, hacían falta caminos de acceso y/o eran inapropiados; generalmente, estaban bloqueados durante la estación lluviosa, que puede durar hasta ocho meses al año. Como resultado de esto, se requirió de mucho tiempo y esfuerzo para llegar a las regiones donde los únicos medios de transporte eran caballos, carretas y botes de remos. Los centros de salud más periféricos estaban ubicados en las capitales

de los condados con más de 2.000 habitantes; la mayoría de ellos tenían caminos accesibles, pavimentados o sin pavimentar.

#### *Inaccesibilidad económica*

Se determinó este factor por las características de producción de la comunidad, había una alta proporción de campesinos sin tierra y los pequeños agricultores utilizaban prácticas agrícolas tradicionales, es decir, tecnología muy pequeña, para cultivos de subsistencia. En varios casos, se trataba de asalariados que migraron durante las estaciones de cosecha de la caña de azúcar y del café. Mientras que los niveles de pobreza para todo el país se calcularon en 39%, en las áreas rurales alcanzaron 46%. En otras palabras, casi una de cada dos personas que vivían en las áreas rurales se clasificaron como pobres (Trejos, 1990).

#### *Inaccesibilidad sociocultural*

Este factor se expresa en función de las tradiciones de la comunidad, la inadecuada información sobre salud y el proceso de enfermedades, las altas tasas de analfabetismo o baja escolaridad y la ignorancia referente a los beneficios derivados de los servicios de salud. En el campo, por un lado, los conceptos tradicionales, profundamente arraigados sobre la salud y los orígenes de la enfermedad y por el otro, la falta de servicios rurales de salud, incitó a los curanderos nativos y a la automedicación con medicina tradicional. Al mismo tiempo, el alcoholismo, el machismo y la paternidad irresponsable provocó un gran número de madres solteras con niños pequeños.

#### *Inaccesibilidad funcional*

Este factor estaba relacionado con los servicios de salud esporádicos, calendarios de trabajo inadecuados, baja cobertura y un predominio en la salud curativa que en acciones preventivas. La provisión de atención de salud en Costa Rica estaba concentrada en los establecimientos (centros de salud y hospitales) ubicados a lo largo de los caminos principales o en las ciudades más densamente pobladas, con economías más desarrolladas. Las áreas rurales dispersas recibieron atención muy limitada de las unidades móviles de salud, que prestaron servicios eventuales y solamente trataron aspectos de morbilidad. Un punto positivo fue que otros grupos voluntarios (ONGs) y el personal del Programa de Erradicación de la Malaria estaban conscientes del

aislamiento de salud que sufrían las zonas rurales. En resumen, todos los problemas de salud que sucedían fuera del calendario de actividades de las unidades móviles, tenían que ser tratadas en las comunidades urbanas, lo que implicó gastos adicionales para la población. Además, el seguimiento de pacientes fue esporádico o inexistente, y se efectuaron vacunaciones mediante las campañas de vacunación, casi siempre como acciones de emergencia.

### *Inaccesibilidad tecnológica*

La inaccesibilidad tecnológica de las áreas rurales se debió a la utilización inadecuada de las técnicas para satisfacer los problemas predominantes de salud, capacitación inapropiada de personal, manejo y desarrollo inadecuado, y organización comunitaria deficiente.

Desde el principio, el Programa Costarricense de Salud Rural Comunitaria tuvo la meta de eliminar estos problemas de accesibilidad rural. Para este fin, buscó diferentes estrategias, como la creación de pequeñas unidades de salud que construyeron una red de servicios de salud para llegar a las comunidades más pequeñas, recalando las visitas domiciliarias. Por lo tanto, cada hogar, independientemente de cuán lejos o aislado estuviera, fue visitado periódicamente por el asistente rural de salud o por el auxiliar de enfermería.

## **Características metodológicas de los programas costarricenses de salud**

### **El programa rural de salud**

El programa de salud para comunidades rurales dispersas se concibió y estructuró dentro del marco de los programas de malaria. En la primera mitad de los años setenta, se controló la malaria en Costa Rica. Casi todas las zonas costeras bajas se clasificaron en etapa de consolidación. En otras palabras, aunque en el área no se detectó ningún caso de malaria, se requirió de la vigilancia epidemiológica en progreso, que efectuaba el personal específicamente capacitado para ese propósito. En la primera fase del Programa Rural de Salud, se capacitó al personal del programa de malaria

para que ejecutaran otras actividades de salud. De hecho, el personal de este programa recibió los primeros cursos para asistentes rurales de salud. Sin embargo, según se explicará más adelante, solo un pequeño grupo del personal de malaria que fue así capacitado mantuvo un puesto específico dentro del Programa Rural de Salud.

Es importante indicar que la estructura metodológica del Programa Costarricense de Salud Rural se diseñó después de las instalaciones del Programa de Combate contra la Malaria, que había tenido un éxito indiscutible en la segunda mitad de los años sesenta. Se sabía que el programa había sido exitoso por su excelente organización y su excelente personal disciplinado en todos los niveles.

Este capítulo presenta un análisis detallado de los principales elementos metodológicos del programa, con el fin de sacar algunas conclusiones importantes. No cabe duda de que los componentes más importantes para el éxito del Programa Costarricense de Salud Rural fueron, por un lado, que éste se ejecutó en el momento y lugar apropiado (dentro de un área geográfica dada), y por el otro, que se efectuó de una manera disciplinada durante un largo periodo de tiempo. Las bases metodológicas conceptuales establecidas durante los primeros años del programa aún se observan hoy día. Sin embargo, al inicio de los años ochenta, el programa tuvo que afrontar una grave crisis, que ha empeorado desde entonces.

#### *Objetivos del Programa Rural de Salud*

El Programa Rural de Salud estableció una serie de objetivos a lograr entre 1973 y 1980. Los objetivos se orientaron, principalmente, a incrementar la cobertura de salud y las condiciones de salud (morbilidad, mortalidad), en particular entre las madres y los niños. El programa también estableció las metas referente al desarrollo de la infraestructura física y de gestión del programa mismo, que eran necesarias para lograr cambios futuros en el perfil de la población. Tanto el modelo de atención de salud como la participación en la salud de varios sectores sociales y económicos de la comunidad antes de 1973, se consideraron una vez más con el objeto de brindar soluciones integradas a los problemas de la comunidad.

*Objetivos presentados en 1973 sobre la cobertura de Salud: (Ministerio de Salud, 1973b)*

- Proporcionar servicios integrados de salud a grupos de población rural que vivían en comunidades con menos de 2.000 habitantes, en dos etapas:

**Primera etapa.** 1973-1977: Cubrir 80% de los grupos de población rural dispersos (poblados de menos de 500 habitantes), alcanzando a 550.000 personas que vivían en 3.300 comunidades.

**Segunda etapa.** 1978-1980: Cubrir el otro 20% de los grupos de población rural dispersos y los grupos rurales concentrados que vivían en poblados que variaban de 500 a 2.000 habitantes (580.000 habitantes adicionales en 988 comunidades).

- Vacunar 80% de todos los niños entre 9 meses y 4 años de edad contra el sarampión.
- Vacunar 80% de todos los niños entre 2 meses y 6 años de edad con la vacuna DPT (difteria, tos ferina y tétanos).
- Vacunar 80% de todos los niños entre 2 meses y 6 años de edad contra la poliomielitis.
- Vacunar 80% de todos los niños entre 7 meses y 14 años de edad con la vacuna DT (difteria y tétanos).
- Vacunar 80% de todas las personas mayores de 14 años de edad contra el tétanos.
- Mantener un sistema adecuado de vigilancia epidemiológica de la malaria (10% de muestras sanguíneas).

- Monitorizar 80% de todas las mujeres embarazadas.
- Monitorizar 80% de todos los niños menores de 5 años.
- Promover las entregas institucionales, para obtener una cobertura de más de 60%.
- Promover la paternidad responsable, para obtener una cobertura de 20% de las mujeres de 15 a 44 años de edad, ofreciendo métodos apropiados de planificación familiar.
- Aumentar 80% de las conexiones de agua entubada intradomiciliar de grupos concentrados de población rural y 50% de los grupos dispersos de población rural.
- Proporcionar letrinas a 80% de la población.

*Objetivos presentados en 1973 referente a los cambios del estado de salud en Costa Rica*

- Incrementar la esperanza de vida al nacer a 71 años (es decir, un aumento de 6 años durante 1971, cuando la esperanza de vida era de 65,4 años).
- Disminuir la mortalidad entre la población general, reduciendo 20% las tasas de mortalidad (para una tasa de mortalidad de 5,3/1.000 habitantes).
- Reducir la tasa de mortalidad infantil a 35% ( $\pm 5\%$ ), para alcanzar una tasa de mortalidad infantil de 36,9 a 43,5/1.000 nacidos vivos.
- Disminuir las tasas de mortalidad en niños de 1 a 4 años de edad a 55% (5% +), para lograr una tasa de mortalidad infantil de 1,8 a 2,2/1.000 niños de 1 a 4 años de edad.

- Reducir 35% la mortalidad proporcional de niños menores de 5 años, para alcanzar cifras que variaban de 34,5 a 28,6%.
- Disminuir la tasa de mortalidad materna a 25% (5%), para lograr una tasa de mortalidad materna de 0,66 a 0,76/1.000 nacidos vivos.
- Mantener los niveles de incidencia de malaria por debajo de 0,1/1.000 habitantes.
- Reducir 80% la incidencia de difteria para alcanzar tasas de incidencia por debajo de 0,66/100.000 habitantes.
- Disminuir 100% la incidencia de poliomielitis, con el fin de erradicarla.
- Reducir 80% la incidencia de tos ferina, para lograr tasas de incidencia por debajo de 14,2/100.000 habitantes.
- Disminuir 80% la incidencia de sarampión, para obtener tasas de incidencia por debajo de 53,1/100.000 habitantes.
- Reducir 50% las tasas de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas, para alcanzar tasas por debajo de 35,1/100.000 habitantes.
- Erradicar el tétanos neonatal.
- Disminuir la tasa de mortalidad por sarampión a menos de 53,1/100.000 habitantes.
- Erradicar la meningitis tuberculosa en los niños y adultos jóvenes menores de 15 años de edad.

#### *Actividades del Programa Rural de Salud*

Todas las actividades del Programa Rural de Salud se basaron en el análisis de los problemas de salud y sus factores condicionantes que afectaban a la

población rural. Las actividades del programa las implementó el personal auxiliar de salud, que eran asistentes rurales de salud (con un curso de capacitación cuatrimestral) o auxiliares de enfermería (con un curso de capacitación de 11 meses). Desde el inicio, el personal del programa reconoció la necesidad de establecer un "paquete" de actividades mínimas.

Posteriormente, este paquete constituyó la base para establecer la logística de cuatro aspectos fundamentales del programa: capacitación de personal, supervisión, adaptación de equipo y suministros, y diseño de un sistema de información. Con base en estos aspectos, se establecieron módulos de capacitación, así como módulos de equipo y suministros para cada puesto de salud.

Se implantaron las siguientes actividades (Ministerio de Salud, 1973b):

**Prevención y control de enfermedades transmisibles: malaria,** parásitos intestinales, tuberculosis y enfermedades inmunoprevenibles (sarampión, tétanos, tos ferina, difteria, tuberculosis y poliomielitis), aplicando las vacunas de sarampión y poliomielitis, así como de DPT y BCG (bacilo Calmette-Guérin).

**Actividades de salud materno-infantil:** recalcar la detección y vigilancia de mujeres embarazadas, promoción de partos institucionales, planificación familiar (provisión de métodos obstaculizantes) y vigilancia periódica de niños menores de seis años de edad.

**Tratamiento de enfermedades comunes:** (diarrea, infecciones respiratorias e infecciones de la piel), **y primeros auxilios por accidentes:** Se capacitó al personal en estos temas y se proporcionó el equipo necesario para identificar problemas comunes de salud en niños y adultos. También se capacitó al personal para referir a los pacientes que necesitaban consulta médica en el puesto o centro de salud más cercano, y para remitir los casos especiales al hospital correspondiente.

El personal rural de salud también participó en la detección de parteras tradicionales, quienes fueron enviadas a los centros de salud para recibir capacitación periódica.

**Saneamiento ambiental:** principalmente orientado hacia la promoción y uso de letrinas, desecho higiénico de basura, saneamiento de las viviendas y sus alrededores, y diseminación de información sobre el uso correcto de agua

disponible. En algunas áreas, el personal rural de salud también promovió el uso de bombas de agua para escuelas y grupos comunitarios, las que también suministraban ellos a las personas.

**Educación sanitaria y promoción de la organización comunitaria:** actividades educativas sobre temas de salud, organización de grupos comunitarios, implementación de un sistema de información y desarrollo de infraestructura física para el programa. En cada área de salud se tenía que establecer: un puesto de salud, un comité de salud o una asociación para el desarrollo comunitario.

#### *Áreas de salud*

El área de salud es una unidad de trabajo funcional con una extensión promedio de 150 km<sup>2</sup>. Abarca de 12 a 16 poblados o pequeños centros de población de 600 a 650 viviendas y de aproximadamente 3.000 habitantes. Cada área de salud tiene un puesto de salud ubicado en un poblado elegido específicamente para tal fin, generalmente la capital del distrito. Para seleccionar un poblado se toma en cuenta, por un lado, la red de caminos hacia comunidades vecinas dentro de la misma área de salud para facilitar el acceso de usuarios al puesto de salud, y por el otro, facilitar el acceso del personal de salud a las viviendas del poblado. El intervalo operativo del puesto de salud, considerando la distancia a las casas más lejanas, generalmente no excede 10 km.

#### *Puestos de salud*

En varios casos, los puestos de salud eran, en realidad, hogares comunitarios proporcionados por la población y equipados para atender las necesidades básicas de salud del área. En la primera fase del Programa Rural de Salud, se instalaron en un periodo de dos semanas puestos de salud modulares prefabricados. Eran estructuras de madera (55 m<sup>2</sup> de área) con pisos de cemento y techos de láminas de zinc. En algunos poblados, se construyeron instalaciones más grandes con bloques de cemento para usarlas simultáneamente como Centros de Educación y Nutrición (CENs). Los CENs, que serán discutidos más adelante, son parte de la Red del Programa de Nutrición del Ministerio de Salud.

A cada puesto de salud se le dotó de mobiliario y equipo médico modular básico. Generalmente, la comunidad fabricó los muebles o pagó por ellos, mientras que UNICEF donó el equipo médico. El Programa Rural de Salud también preparó una lista de 20 medicamentos básicos que serían empleados por los auxiliares de enfermería y los asistentes rurales de salud. Referente al almacenamiento de vacunas, todos los puestos de salud fueron equipados con un refrigerador eléctrico en los poblados con electricidad o un refrigerador de queroseno en los poblados sin electricidad.

### *Personal de salud*

El auxiliar de enfermería y un asistente rural de salud (ahora llamados asistentes de atención primaria de salud) están a cargo de las áreas de salud. Los auxiliares de enfermería pasan la mayoría de su tiempo visitando los hogares en el poblado y las comunidades localizadas dentro de 1 a 2 km del puesto de salud. Para llevar la atención médica a personas individuales, el auxiliar de enfermería trabaja medio día tres veces por semana y un médico visita el puesto de salud una o dos veces al mes.

Los asistentes de atención primaria de salud tienen a su cargo todos los otros poblados no visitados por el auxiliar de enfermería. Trabajan cinco días a la semana visitando alternativamente todos los hogares. Los sábados, el asistente de atención primaria de salud permanece en el puesto de salud y, junto con el auxiliar de enfermería, brinda atención médica a las personas y prepara informes.

Los auxiliares de enfermería reciben un curso básico de capacitación de 11 meses, que los califica para trabajar en hospitales o centros de salud, bajo la supervisión de una enfermera graduada. Para trabajar en un puesto de salud, el auxiliar de enfermería requiere de cuatro semanas más de capacitación, recalcando aspectos de saneamiento ambiental, uso de medicamentos y programación local. Al inicio del Programa Rural de Salud, se requirió que todas las personas que aplicaban para el curso de capacitación para auxiliares de enfermería tuvieran nueve años de escolaridad. Posteriormente, este requisito se modificó a un diploma de escuela secundaria (11 años de escolaridad en Costa Rica).

Los primeros asistentes rurales de salud fueron trabajadores de malaria, quienes en su mayoría tenían amplia experiencia de campo en el Programa de Combate contra la Malaria. El personal del Programa Rural de Salud asumió que era factible llevar a cabo cursos cuatrimestrales de capacitación para los trabajadores de malaria, y que al final de cada curso podrían implementar las actividades del programa de forma satisfactoria. Lamentablemente, esta suposición no fue la correcta, y se identificó como un factor determinante la limitada educación básica de los trabajadores de malaria, quienes en su mayoría no habían terminado la escuela primaria. En cuatro meses, no tuvieron la capacidad de aprender toda la información ni de adquirir las aptitudes requeridas por el Programa Rural de Salud. En consecuencia, después de los primeros cursos, se aceptaron únicamente como candidatos a capacitación a los trabajadores de malaria con nueve años de escolaridad. Tres años después, solo se consideró a los graduados de la escuela secundaria. Personal de este nivel vino de las zonas rurales, aunque no necesariamente del condado o poblado en donde estaban trabajando. Algunos no deseaban regresar a sus lugares de origen porque temieron que sus propios paisanos no aceptarían su asesoramiento, citando el dicho "nadie es profeta en su pueblo". Aunque se capacitó a algunas mujeres como asistentes rurales de salud, éstas renunciaron porque consideraron que no podrían cumplir con las funciones del puesto. De hecho, los asistentes rurales de salud tienen que tomar caminos aislados o montañas, caminar a pie, a caballo, en motocicleta o lancha. También realizan un fatigante trabajo físico, al acarrear el equipo médico y una caja térmica para las vacunas.

Todas las comunidades rurales aceptaron que tanto los asistentes rurales de salud (hombres), así como los auxiliares de enfermería (generalmente mujeres) visitaran sus hogares, confiando en ellos rápidamente. El personal rural se caracteriza por su mística de trabajo, su participación en organizaciones o grupos comunitarios y su deseo de ayudar a las personas, factores que han permitido a los asistentes rurales de salud y a los auxiliares de enfermería, identificarse completamente con las comunidades rurales de Costa Rica. A través de los años, las personas han respetado al personal rural de salud, y se les reconoce por su respeto hacia las creencias religiosas, políticas y culturales

de las comunidades. Por tanto, algunos conflictos entre el personal de salud y la población requirieron la intervención de los supervisores de salud o transferencias.

### *Educación y capacitación*

Según se indicó anteriormente, se eligió a los primeros asistentes rurales de salud entre los trabajadores de malaria. Durante las fases iniciales, como el Programa Rural de Salud carecía de criterio de selección de personal (es decir, ningún requisito de admisión ni aprobación de pruebas específicas de aptitud), fue difícil capacitar a grupos muy heterogéneos y difíciles. El programa también careció de instalaciones de enseñanza adecuadas y de docentes experimentados para desarrollar las aptitudes de los futuros asistentes rurales de salud. Los primeros cursos duraron solamente tres meses. En 1974, se ampliaron a cuatro meses e incluyeron criterios de selección, de los cuales los dos más importantes fueron la edad del aspirante (entre 18 y 35 años) y nueve años de escolaridad (más tarde aumentada a 11 años).

En 1977, se incorporaron los rasgos de personalidad en los criterios de selección. En 1984, se incrementaron los cursos a cinco meses y se implementó un único curso de capacitación para asistentes rurales y urbanos de salud. Ese mismo año, la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica reconoció los cursos como parte de sus propios Programas de Extensión Educativa (Garro et al., 1989) y les otorgó los créditos universitarios.

De 1971 a 1991 se impartieron treinta cursos (con un promedio de 30 estudiantes por curso) para un total de 915 graduados. Actualmente, 550 de los participantes que asistieron a los cursos todavía trabajan para el programa de salud.

Desde el comienzo del programa, las enfermeras graduadas y los oficiales del programa, que trabajan en el nivel central del Ministerio de Salud, coordinaron e impartieron los cursos. También se invitó a participar en los cursos a médicos, nutricionistas y trabajadores sociales, pero en menor grado. En general, el personal docente tenía experiencia de campo en el programa, particularmente como supervisores.

Todos los estudiantes que pasan el curso reciben un certificado y se les reconoce como asistentes rurales de salud. El certificado del curso les otorga la

posibilidad de trabajar para el Ministerio de Salud. Cuando finalizan el curso, se comprometen a trabajar durante tres años en el Programa Rural de Salud. La capacitación de los auxiliares de enfermería incluye un Curso Básico de 11 Meses para Auxiliares de Enfermería impartido por el Ministerio de Salud. También reciben un curso de salud pública de cuatro semanas, que incluye capacitación en servicio en un puesto rural salud. Anualmente, los asistentes rurales de salud y los auxiliares de enfermería - bajo la coordinación de la región de salud - reciben cursos de perfeccionamiento y se reúnen en grupos pequeños para propósitos de aprendizaje.

A través de los años, el personal del Programa Rural de Salud ha modificado y adaptado el programa de estudios de los asistentes de salud a las condiciones cambiantes de salud de la población. Costa Rica es un país pequeño y relativamente homogéneo referente a sus problemas de salud y rasgos culturales. Sin embargo, dos grupos de población marcadamente diferentes viven en áreas geográficas bien definidas: en la costa Atlántica la comunidad Afrocaribeña, y en los poblados dispersos de la montaña la comunidad indígena con medios elementales de comunicación.

La comunidad indígena de Costa Rica consta de aproximadamente 20.000 personas que hablan cuatro idiomas indígenas diferentes. Aproximadamente la mitad de ellos saben algo de español. Ha sido muy difícil brindarles cualquier atención gubernamental de salud. Se han establecido algunos puestos de salud, pero debido a que los hogares indígenas están geográficamente dispersos, ha sido muy poco lo que se ha logrado.

El personal de salud para la comunidad indígena se elige con base en su origen indígena. Ellos casi siempre tienen menor escolaridad que el personal que trabaja en otras partes del país, porque los indígenas generalmente tienen niveles de educación bajos: una vez más, su dispersión geográfica es un obstáculo para la labor del sistema escolar.

El Programa Rural de Salud está constantemente desarrollando manuales y folletos específicos para fines de aprendizaje y/o para emplearse como ayudas de enseñanza visual. Las normas y procedimientos de todos los materiales didácticos están sujetos a actualizaciones periódicas. En 1989, un equipo de enfermeras del personal docente del programa, editó el libro

*Técnicas Básicas para la Atención Domiciliaria*, que resume los temas a ser aprendidos por los asistentes de atención primaria de salud (Garro et al., 1989).

#### *Programación local*

El punto de partida de todas las actividades de salud en cada área de salud es un diagnóstico hecho el personal del puesto de salud sobre con base en una encuesta familiar y un conjunto de datos específicos recogidos en cada comunidad. Seguidamente, el personal de salud registra los datos de la encuesta familiar en una tarjeta impresa de registro familiar, que resume información básica de los miembros de la familia, así como las características de su hogar.

Durante la encuesta, el personal de salud enumera secuencialmente las casas por el poblado. Posteriormente, registran en la tarjeta de registro familiar el número de casa, la cual se archiva en el puesto de salud. Este mismo proceso se lleva a cabo en las 12 a 16 comunidades de cada área de salud. El asistente rural de salud o el auxiliar de enfermería utilizan las tarjetas de registro familiar cada vez que una persona visita el puesto de salud en busca de atención médica. Ya que todos los grupos familiares saben su número de casa, es relativamente fácil encontrar su tarjeta.

El personal del puesto de salud también mantiene una tarjeta de registro del poblado, que contiene la siguiente información para cada comunidad: presencia (o ausencia) de escuelas y centros comunitarios, toda clase de construcciones, organizaciones, negocios, transporte público, etc. Con esta información, el personal de salud elabora un mapa que muestra todos los caminos de acceso, casas numeradas y accidentes geográficas específicas, como ríos y riachuelos. Posteriormente, el personal de salud cuelga el mapa en una pared apropiada en el puesto de salud y lo emplea como referencia constante para limitar la esfera de acción del puesto de salud, ubicar familias, establecer las distancias entre las comunidades y las casas, y ubicar a las familias en riesgo o a las personas con enfermedades crónicas que requieren seguimiento médico (identificadas con alfileres de diferente color).

El personal de salud analiza toda la información recabada y hace un diagnóstico que se emplea para preparar el programa anual del puesto de salud. Por ejemplo, al combinar las tarjetas de registro del poblado y familiares,

el personal de salud puede determinar que en cierto poblado 20 familias carecen de letrinas o que un grupo específico de niños menores de seis años de edad no ha completado su programa de vacunación. Pongamos otro ejemplo, si el personal de salud sabe que el área de salud cubierta por ellos tiene 3.000 habitantes y una tasa de natalidad de 33/1.000, puede calcular que se esperan aproximadamente 100 nacimientos por año. En términos prácticos, esto significa que el puesto de salud tendrá que pedir vacunas de poliomielitis, DPT y sarampión para 100 niños.

Los diagnósticos comunitarios de salud se actualizan anualmente con base en la información recabada durante la última visita domiciliar. Esta información también se emplea para programar las actividades del puesto de salud para el próximo año.

Según se describió anteriormente, una de las características más sobresalientes del Programa Rural de Salud en Costa Rica son las visitas de domicilio en domicilio efectuadas por su personal de salud. Por tanto, la programación de las visitas es crucial. Tanto los asistentes rurales de salud como los auxiliares de enfermería planifican entre 8 y 12 visitas domiciliarias por día hábil, según la dispersión geográfica o concentración de las casas. La numeración de las viviendas permite que el personal programe un número específico de visitas a domicilio por día, mantener el registro de todas los hogares visitados (utilizando formularios de seis meses) y establecer un calendario de trabajo que asegure un sistema rotatorio eficaz para visitas domiciliarias.

Juntamente con el personal del área de salud, los supervisores de campo establecen la programación local de acuerdo con las pautas de cobertura, metas, normas de concentración, tipos de servicio y otros elementos establecidos en las Normas para Programación. El plan de actividades permite identificar las distintas actividades que serán implementadas por cada poblado.

### *Supervisión*

Un elemento importante del Programa Rural de Salud es la supervisión de todas las actividades emprendidas por el personal de salud. La supervisión

asegura localidad de trabajo, la continuidad de las acciones y la posibilidad de introducir cualquier ajuste necesario.

Se establecieron dos modalidades de supervisión: supervisión operativa/de gestión y técnica. Un supervisor de campo atiende a los primeros, mientras que las enfermeras graduadas o los médicos atienden a los últimos.

La modalidad operativa/de gestión está a cargo de un funcionario auxiliar de salud que, en reconocimiento de su capacidad e interés en el trabajo, fue promovido a Director Sectorial, posteriormente llamado Supervisor de Campo. Cada Supervisor de Campo tiene a su cargo de cinco a siete áreas de salud y visita cada una de ellas cada cuatro o cinco semanas, con base en un itinerario. Tienen a su disposición transporte apropiado, generalmente un jeep de tracción en las cuatro ruedas y todo el apoyo logístico necesario para facilitarles su trabajo de campo.

Los Supervisores de Campo son los principales enlaces entre el personal auxiliar de salud y los centros de salud, y tienen a su cargo una serie completa de actividades. Se aseguran de que todos los puestos de salud sean provistos oportunamente con medicamentos, formularios y equipo básico. Participan en los análisis de datos y en la preparación de la programación local. También supervisan indirectamente a las comunidades y grupos familiares que visita el personal local de salud, y están incluidas en su itinerario. Son responsables de conceder permisos de ausencia (por enfermedad u otras causas) y aplicar sanciones menores a sus subordinados, velar por el transporte de equipo y suministros, así como analizar los informes. Una vez al mes, el Supervisor de Campo conduce a la enfermera graduada, encargada de la supervisión técnica y al médico encargado de las consultas médicas exclusivas a los centros rurales de salud. Finalmente, los Supervisores de Campo coordinan las acciones de salud con otras instituciones que funcionan en el área geográfica bajo su dirección.

La supervisión técnica se asigna a las enfermeras o médicos, que visitan periódicamente los puestos de salud. Esta supervisión está dirigida a asegurar la calidad de los servicios de salud proporcionados a la población. Los médicos y las enfermeras del nivel central son asistidos en esta labor por el personal que trabaja en las regiones o centros de salud.

Para realizar su trabajo, los supervisores operativos/de gestión y técnicos reciben capacitación específica en los cursos o reuniones celebradas para cada región de salud, que emplean una guía sencilla de supervisión, diseñada por el Programa Rural de Salud. Ellos mantienen una cercana relación con todos los funcionarios que trabajan en los centros de salud, clasificados más arriba de los puestos de salud. Su meta es mantener al equipo médico y de enfermería informado, tanto del cumplimiento de su trabajo en salud, como de los problemas que surgen, con el fin de implementar soluciones inmediatas. El personal de los centros de salud juntamente con los Supervisores de Campo, generalmente realizan la supervisión técnica, utilizando los medios de transporte de los Supervisores de Campo.

### *Transporte*

El personal del Programa Costarricense de Salud Rural se caracteriza por su constante movilidad. Uno de sus principios es que no importa qué tan distante o aislado pueda estar un hogar, éste debe visitarse periódicamente. El programa ha proveído a cada área de salud el transporte apropiado a sus condiciones geográficas y medios de acceso, como caballos, motocicletas, bicicletas o lanchas de motor. Los supervisores también tienen jeeps. El mantenimiento preventivo y un sistema de apoyo aseguran el buen funcionamiento de los vehículos y brinda orientación periódica al personal de campo sobre cómo cuidar y sacar más provecho del medio de transporte disponible.

### *Suministros*

A cada área de trabajo se le asigna equipo básico y materiales. Para este fin, se preparan diferentes módulos de suministro que contienen: equipo clínico, medicamentos, suministros de oficina, ropa y equipo personal. Un módulo trimestral especifica el equipo clínico, los medicamentos y suministros de oficina. Finalmente, un módulo anual específico contiene una remesa de equipo clínico, medicamentos y formularios.

El Programa Rural de Salud emplea estos módulos para: programar la apertura de los puestos de salud y equiparlos plenamente según calendarios

anuales, asegurar futuros suministros para el puesto de salud, registrando el número de áreas de salud que operarán en los siguientes años, y adaptar y actualizar la asignación de futuro equipo y suministros, con base en la situación de cada área de salud y las actividades que serán implementadas. El personal de salud de campo es responsable de verificar, contra recepción, todo el equipo y materiales asignados, dar mantenimiento adecuado y hacer buen uso de ellos.

### *Participación y organización comunitaria*

Desde el principio, la participación comunitaria ha constituido un elemento esencial del Programa Rural de Salud. El personal de salud discute los resultados de las encuestas familiares y del poblado con los representantes de la comunidad, quienes posteriormente juntamente con la comunidad se comprometen a participar en la ejecución del programa.

Al inicio de 1970, el gobierno costarricense apoyó plenamente a las organizaciones populares para el desarrollo integrado de las comunidades urbanas y rurales (Villegas, 1978). El apoyo gubernamental se canalizó a través de la Oficina del Director Nacional para el Desarrollo Comunitario (DINADECO), un organismo del Ministerio de Gobernación. DINADECO compromete a los promotores para que organicen a las comunidades, y les hagan conciencia sobre sus problemas sociales y de desarrollo, instándolos a la acción. El personal rural de salud coordina estas acciones con los promotores de DINADECO, con el fin de crear los Comités de Desarrollo Comunitario, los cuales mediante un proceso de maduración organizacional, se convierten en Asociaciones para el Desarrollo integrado (ADIs). Las ADIs están formadas con por lo menos 100 ciudadanos de ambos sexos, de una o más comunidades, vinculadas por problemas comunes, cercanía geográfica o unidad territorial política y administrativa.

En los años setenta, las ADIs adquirieron personalidad legal y tuvieron acceso parcial al 1,25% del impuesto sobre la renta asignado a los programas comunales. Al mismo tiempo, tenían más fácil acceso a los préstamos del Sistema Bancario Nacional para que recibieran donaciones de una manera más rápida y se les facilitó el manejo de sus propias actividades. En cada área

de salud se establecieron uno o dos Comités de Desarrollo, que fueron evolucionando progresivamente en Asociaciones de Desarrollo. Para finales de los años setenta, Costa Rica tenía aproximadamente mil Comités de Desarrollo o Asociaciones.

Las comunidades organizadas de esta manera se involucraron en el Programa Rural de Salud en el análisis de los resultados del diagnóstico inicial, donación de locales para los servicios de salud, construcción de puestos de salud, provisión de mobiliario para el puesto de salud, combustible para los refrigeradores, forraje para los caballos y otros suministros necesarios para el desarrollo del programa.

Asimismo, las comunidades y el personal de salud de campo en reuniones periódicas analizaron el progreso del programa y la participación comunitaria en las actividades comunales, como la construcción de pequeños acueductos, letrinas, *pozos* y otra infraestructura.

Para mantener a la comunidad mejor informada sobre su desarrollo y más involucrada en el programa de salud, el Programa Rural de Salud diseñó cursos de capacitación de una semana para los líderes de La comunidad en cada área de salud.

### *Visitas a domicilio*

Las visitas sistemáticas y planificadas a domicilio parecen ser la única alternativa para crear ambientes domiciliarios sanitarios y desarrollar la prevención de enfermedades, y promoción de actividades de salud entre las poblaciones rurales dispersas y grupos urbanos menos privilegiados. En vista que las instalaciones individuales de vivienda se consideran el primer nivel de servicio en la estrategia de atención primaria de salud, las acciones sanitarias se emprenden primero en los hogares. Las visitas a domicilio son importantes por las siguientes razones:

La observación del hogar y de las condiciones familiares permite determinar los cambios que se deben efectuar para mejorar el hogar, prevenir o detectar enfermedades tempranamente e inducir actitudes y comportamientos más saludables entre la población.

- El nivel educativo y las condiciones culturales de estos grupos de población no le permite a las personas reconocer la importancia de las acciones preventivas y curativas de salud realizadas por el personal del centro de salud (vacunaciones, vigilancia de embarazos, monitoreo de crecimiento y desarrollos en niños, etc.). Esto explica el por qué tantas familias solamente llegan a los centros de salud durante las etapas avanzadas de una enfermedad.
- Con frecuencia, toma una o varias horas, usando transporte inadecuado para llegar al centro de salud. En consecuencia, es más lógico tener a una sola persona sana (es decir, el trabajador rural de salud) para que visite los hogares de los poblados vecinos, en vez de que las personas enfermas, mujeres embarazadas y niños hagan todo el viaje al centro de salud.
- Las visitas a domicilio permiten la detección y el seguimiento adecuado de los pacientes con enfermedades crónicas.
- La información obtenido mediante visitas a domicilio y encuestas familiares puede ser útil para diseñar programas de desarrollo, así como orientar y apoyar investigación operacionales.
- Las visitas a domicilio pueden promover el autocuidado de la salud entre las personas. Además, las visitas a domicilio pueden fomentar la transferencia de tecnología apropiada que permita una participación familiar activa en la preservación de la salud y cuidado del enfermo que requiere atención de salud prolongada.

La visita domiciliar es la actividad clave de los auxiliares de enfermería y los asistentes rurales de salud que trabajan en el Programa Rural de Salud. Aunque el personal del programa está consciente de que los voluntarios también podrían ser diestros en esta tarea, en Costa Rica *solo* el personal de salud puede hacerlo.

Cada área de salud es responsable de un grupo de poblados o vecindarios con grupos destinatarios. Las casas se numeran secuencialmente, ya sea por cuadrantes o calles. El número asignado se pinta con un marcador negro en un lugar visible en la entrada de la casa; una flecha indica el rumbo tomado por la numeración.

Dentro de la puerta residente, se coloca una pequeña tarjeta que registra la visita. Contiene la fecha y nombre del funcionario de salud que hace la visita. También se registra el número de casa en la tarjeta de registro familiar, la que se archiva en el puesto de salud. Las visitas a domicilio generalmente toman de 30 a 45 minutos y se realizan cada dos o tres meses, dependiendo de la disponibilidad de tiempo del personal rural de salud.

#### *Acciones que se llevan a cabo durante la visita a domicilio*

Los trabajadores de salud emprenden una serie de acciones durante las visitas a domicilio, con el fin de estudiar a las personas y sus alrededores. Siguen un patrón de observación que cubre los problemas más importantes de los grupos de población encuestados. Las visitas a domicilio permiten identificar los riesgos para la salud y para diseñar actividades prioritarias específicas para cada grupo familiar. Cada hogar y cada grupo familiar tiene características especiales. En este contexto, sin embargo, la tarea del trabajador de salud consiste en identificar y enfatizar cualquier hogar o situación familiar especial que tenga probabilidad de mejorarse.

Dependiendo de los recursos disponibles y de la etapa evolutiva del programa, las visitas a domicilio pueden incluir actividades más complejas, como tomar la presión arterial de las mujeres embarazadas y adultos, determinar glucosa en la orina de diabéticos y pruebas de agudeza visual.

En una encuesta efectuada en 1988 (Ministerio de Salud, 1976), en un área geográfica específica, 77% de los que no poseen tierra y 72% de los campesinos que poseen tierra consideraron muy importante la visita domiciliaria del Programa Rural de Salud. Solamente 2% y 3%, respectivamente, no la consideraron de importancia. Referente a la calidad de la visita a domicilio, 72% de los que no poseen tierra y 74% de los campesinos que poseen tierra la consideraron buena. Veinticinco por ciento y 21%,

respectivamente, la consideraron justa, y 3 y 5%, respectivamente, la consideraron pobre.

### *Sistema de información*

El Programa Rural de Salud desarrolló su propio sistema de datos, utilizando como referencia el modelo establecido por el Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud. El sistema proporciona información para evaluar y monitorizar las actividades de salud en los niveles locales, regionales y centrales. También genera información para efectuar diagnósticos comunitarios y familiares, programación de actividades en los centros de salud, poblados y áreas de salud, ejecución de actividades y control y evaluación de resultados.

El personal de salud registra todas las actividades de salud que se han implementado, utilizando formas específicas, como formularios de vacunación para registrar el número y tipo de vacunas dadas, así como el grupo de edad vacunado; formularios materno-infantiles para registrar el peso y la talla de los niños menores de 5 años, vigilancia prenatal y planificación familiar; formularios de población para registrar información demográfica básica, como nacimientos y defunciones en la comunidad; formularios de atención médica para mantener información de todos los servicios de salud prestados a los individuos; y formularios de actividades diarias para registrar los servicios de salud proporcionados a cada casa. Cada mes, el personal de salud transfiere los datos reflejados en los formularios de actividades diarias al formulario de informes mensuales, que resume todas las actividades de salud, separadas por fecha, poblado y tipo de trabajo. El personal de salud envía los formularios de informe mensual al centro de salud correspondiente y a la oficina regional, donde se analizan para propósitos de control.

### *Costos y recursos financieros*

Durante los años setenta, el mecanismo de redistribución de ingresos ejecutado por el gobierno, condujo a un aumento notable de los recursos financieros asignados para salud y nutrición (cuadro 1). En efecto, de 1970 a

1980, el gasto per cápita en el sector salud tuvo un incremento constante de EEUU\$29,5 a EEUU\$ 155,0. Sin embargo, la seria crisis económica que afectó a Costa Rica durante la primera mitad de los años ochenta, provocó una notable restricción en el presupuesto de salud del país. En 1983, el gasto per cápita había descendido a EEUU\$72,5 (Sáenz, 1985).

En 1973, el costo total del Programa Rural de Salud representó 0,4% del presupuesto de salud del país, alcanzando un punto máximo de 2,5% en 1977. Posteriormente, esta cifra comenzó a descender, a pesar de la elevación de los costos absolutos del cuadro 1. En 1982 el costo había descendido a 1,97% y se esperaba que continuaría descendiendo; sin embargo, no se tienen datos actualizados para confirmar o rechazar este cálculo.

El costo per cápita del Programa Rural de Salud se estimó en EEUU\$2,5 al inicio del programa. En 1975, esta cifra había aumentado a EEUU\$5,50, alcanzando EEUU\$9,5 en 1980 (Sáenz, 1985). Los datos incluyen desembolsos del programa para adquirir e instalar las bombas de agua y las letrinas, en particular después de 1976. Sin embargo, el costo per cápita directo del programa fue EEUU\$2,72 en 1973 y EEUU\$3,21 en 1982; estas cifras no incluyen salarios del personal profesional a nivel central, medicamentos, materiales de laboratorio o construcción de instalaciones.

#### CUADRO 1

#### Gasto total en los Programas de Salud y Atención Primaria de Salud en Costa Rica, 1973-1983

| Año  | Gasto en salud(colones) | Salud rural | Programas de atención primaria de salud |       |                   |
|------|-------------------------|-------------|---|-------|-------------------|
|      |                         |             | Salud comunitaria                       | Total | Gasto en salud(%) |
| 1973 | 616.4                   | 2.4         | -                                       | 2.4   | 0.4               |
| 1974 | 739.4                   | 4.2         | -                                       | 4.2   | 0.6               |
| 1975 | 998.4                   | 15.9        | -                                       | 15.9  | 1.6               |
| 1976 | 1,230.7                 | 21.5        | 0.8                                     | 22.3  | 1.8               |

|      |         |      |      |       |     |
|------|---------|------|------|-------|-----|
| 1977 | 1,508.3 | 35.8 | 1.7  | 37.5  | 2.5 |
| 1978 | 1,852.0 | 34.5 | 5.8  | 40.3  | 2.2 |
| 1979 | 2,533.3 | 44.7 | 6.7  | 51.4  | 2.0 |
| 1980 | 3,157.3 | 57.8 | 8.1  | 65.9  | 2.1 |
| 1981 | 3,784.9 | 60.6 | 9.6  | 70.2  | 1.9 |
| 1982 | 6,255.3 | 98.7 | 18.1 | 116.8 | 1.9 |

Fuente: Sáenz 1985a, pp 42-44.

De 1982 a 1979, 1 EEUU\$ = 8,60 colones costarricenses; en 1980, 1 EEUU\$ = 9,2 colones; en 1981 1 EEUU\$=21,2 colones; en 1982 1 EEUU\$=40,0 colones.

#### *Extensión de la cobertura*

A fines de 1973 y comienzos de 1974, el Programa Rural de Salud ya contaba con 70 puestos de salud en operación, que cubrían a 230.000 personas. A finales de 1975, ya se habían instalado otros 70 puestos de salud y el programa estaba cubriendo a 437.000 personas que vivían en 2.240 comunidades (ver cuadro 2).

A partir de 1973, la cobertura del programa y el número de puestos de la salud instalados aumentó en forma sostenida hasta 1989, para cubrir a aproximadamente un millón de habitantes con 371 puestos de salud en funcionamiento.

#### **Programa Comunitario de Salud para Áreas Urbanas**

El Programa Comunitario de Salud para Áreas Urbanas comenzó en 1976. Dos años después, el Ministerio de Salud analizó la situación de salud del área metropolitana de San José y el sistema de atención médica del país. En ese momento, el Ministerio notó que a la par del reciente proceso de urbanización costarricense habían surgido grandes áreas menos privilegiadas. Además, el Ministerio reconoció que en las áreas des protegidas, la mayoría de las familias eran muy pobres, vivían en viviendas improvisadas, tenían altas tasas de

desempleo y mostraban una marcada patología social. En muchas familias faltaba el padre y las madres eran las responsables de criar a su numerosa prole. Su nivel educativo adulto estaba por debajo del promedio nacional. Como resultado de la pobreza, hacinamiento, y condiciones sanitarias indeseables, la población, principalmente los niños, tuvo una alta prevalencia de infecciones y malnutrición. No solo la ciudad capital, San José, sino también otros centros urbanos, en particular los puertos de Limón y Puntarenas, tuvieron problemas similares.

## CUADRO 2

### Indicadores del Programa Costarricense de Salud Rural

| Años                         | 1973-1974 | 1975    | 1980    | 1985    | 1989    |
|------------------------------|-----------|---------|---------|---------|---------|
| Población cubierta           | 230,000   | 437,000 | 728,000 | 834,000 | 968,000 |
| Hogares cubiertos            | 43,800    | 79,700  | 160,900 | 201,200 | 247,500 |
| Comunidades cubiertas        | 1,250     | 2,240   | 4,018   | 4,174   | 5,013   |
| Puestos de salud             | 70        | 140     | 290     | 318     | 371     |
| Población rural cubierta (%) | 19        | 33.6    | 59.5    | 61.6    | 67      |

Fuente: Ministerio de Salud (1975), y registros del Departamento de Atención Primaria de Salud.

El sistema tradicional de atención de salud no fue capaz de enfrentar la situación. Los centros de salud, habituados solo a brindar atención de salud a solicitud, respondieron ineficientemente a las necesidades de salud de las comunidades. Además, las características sociales determinaron que la mayoría de la población buscaba atención de salud solo cuando las personas estaban muy enfermas; en otras palabras, cuando el daño causado por la enfermedad estaba avanzada. Ninguna de las acciones preventivas de salud, como las vacunas, el control prenatal, las medidas reproductivas de salud y otras, estaban alcanzando su meta. Como resultado de esto, las condiciones sanitarias en el hogar y en las comunidades no mejoraron espontáneamente, y

el sistema de salud no fue capaz de introducir acciones correctivas en este sentido.

Enfrentando esta dramática situación de salud en San José y otros centros urbanos, y recordando la experiencia positiva con los puestos rurales de salud, en contraposición con la función estática de los centros de salud, el Ministerio de Salud, decidió, a fines de 1974, buscar una estrategia de nueva atención de salud para las comunidades urbanas desprotegidas.

Una acción prioritaria del Plan Nacional para el Desarrollo Económico y Social de 1974-1978 fue el mejoramiento del estado de salud de los costarricenses. Se consideró fundamental "cerrar la brecha social" y mejorar su nivel de vida. La Ley de Desarrollo Social y Asignación Familiar, promulgada a fines de 1974, proporcionó los recursos económicos para implementar los programas de salud y nutrición en las comunidades urbanas y rurales desprotegidas. El financiamiento para esta ley viene de las contribuciones pagadas por los empleadores, que ascienden a 5% de los sueldos y salarios de todos los empleados. Considerando que en 1975 este fondo proporcionó 20,0 millones de colones (EEUU\$2,3 millones) a los programas de salud y nutrición, en 1980 alcanzó 154,0 millones de colones (EEUU\$18,0 millones).

En 1974, el Ministerio de Salud inició una encuesta de diagnóstico de salud utilizando la información recogida en las tarjetas de registro familiar en un grupo de población suburbano de San José con 8.000 viviendas. Durante 1975, el Ministerio elaboró el Programa Comunitario de Salud para las Áreas Urbanas. Con el propósito de implementarlo, el Ministerio capacitó personal, estableció métodos de trabajo y desarrolló las normas para el programa. Además, el Ministerio de Salud expendió la misma encuesta de diagnóstico a otras zonas de la Gran Área Metropolitana de San José. También delimitó las áreas de salud incluyendo 750 a 800 hogares en cada una. En 1976, empezaron a funcionar 18 áreas urbanas comunitarias de salud, conteniendo aproximadamente 1 5.000 hogares y 84.000 habitantes.

El programa de salud para las comunidades urbanas se basó en 12 principios, que merecen ser destacados:

**Mística de servicio.** El personal del programa debe estar convencido de la necesidad e importancia del programa para dedicarse plenamente a su ejecución.

**Trabajo fuera de los centros.** Todas las acciones de salud dirigidas para conocer y mejorar la situación de salud de las familias y comunidades para resolver los problemas de salud detectados, requieren del trabajo del personal tanto en el hogar como en la comunidad; es decir, fuera de los centros de salud.

**Participación comunitaria activa.** Si una comunidad esta motivada adecuadamente, participará por completo en la búsqueda de soluciones a los problemas no detectados. El personal del programa debe enfocar la atención de la comunidad en aspectos de salud, sociales, económicos y culturales, tratando siempre de sacarle el máximo beneficio a los recursos disponibles en la comunidad.

**Coordinación.** Las acciones deben coordinarse con otros organismos de atención de la salud y bienestar social que funcionan en la comunidad. De esta manera se puede evitar la repetición de servicios y alcanzar soluciones integradas a un costo más bajo.

**Encuesta de diagnóstico y definición de las áreas de salud.** Es necesario tener un diagnóstico de las familias y las comunidades para asegurar soluciones eficaces a los problemas locales. Todas las áreas elegidos para el programa deben ser encuestadas antes de ejecutar cualquier actividad del programa. Para este propósito, se debe utilizar una tarjeta de encuesta comunitaria de salud. La tarjeta permite recolectar la información necesaria para hacer el diagnóstico de salud y para planificar actividades futuras a nivel local.

**Enfoque integral.** La solución para los problemas de salud de la comunidad requiere un enfoque nuevo, que debe tomar en cuenta la promoción, la

prevención y la recuperación de la salud, así como la rehabilitación del daño físico, mental y social de los individuos y de la comunidad en su totalidad.

**Consultores en áreas específicas.** El trabajo realizado por el personal de los centros de salud, así como por el personal primario de salud se debe complementar con la experiencia de los asesores para áreas específicas, como los expertos en organización y desarrollo comunitario.

**Redistribución de funciones.** La solución para los problemas de salud en las comunidades urbanas des protegidas requiere la redistribución de las funciones y actividades de salud de todo el personal que trabaja en el nivel intermedio básico. En este contexto, el personal auxiliar debe atender los problemas de baja complejidad, con el fin de incrementar la utilidad y cobertura del programa.

**Educación en servicio continua.** Un programa de educación en servicio continuo para todo el personal debe capacitar a los recursos humanos necesarios para ejecutar eficientemente el Programa Comunitario de Salud para las Áreas Urbanas.

**Supervisión.** El programa necesita supervisión permanente para velar por el cumplimiento de las normas establecidas y el logro de sus objetivos y metas iniciales.

**Evaluación.** Los objetivos y metas del programa se deben evaluar periódicamente en función de los costos, la cobertura, la repercusión, la calidad y el desempeño, con el propósito de hacer los ajustes necesarios.

Las actividades del Programa Comunitario de Salud para las Áreas Urbanas son similares a las del Programa Rural de Salud, pero le dan prioridad a la salud y nutrición de los niños y mujeres, así como al saneamiento básico y la educación en salud. Durante su primer año, el programa tuvo como personal básico a auxiliares de enfermería que tenían 11 meses de capacitación. Actualmente, los auxiliares de enfermería están destacados en los centros de salud, de donde van diariamente a sus áreas de salud a visitar 12 a 14 hogares

cada uno, para un promedio mensual de 200 a 225 hogares por auxiliar de enfermería.

Los auxiliares de enfermería organizaron Comités de Vecinos para conseguir la participación de otros organismos del gobierno que también trabajaban con grupos desprotegidos de población. A través de los Comités de Vecinos, se identificaron trabajadores voluntarios, llamados líderes en bloque, y recibieron capacitación en promoción de la salud, detección de personas con enfermedades crónicas, detección de mujeres embarazadas y niños que no estaban siendo monitorizados por el centro de salud, y medidas ambientales de salud. En 1977, los voluntarios de salud recibieron un curso formal de tres meses, convirtiéndose, por tanto, en asistentes comunitarios de salud y adquirieron la categoría de personal institucional auxiliar del Ministerio de Salud. Desde entonces, se han convertido en el personal básico del programa.

En 1977, el número de hogares por área de salud tenía que reducirse a 450-500 para dar al personal básico tiempo adicional para efectuar actividades con escuelas y grupos organizados. El mismo año, el programa se amplió progresivamente a otros centros urbanos. Para 1979, el programa ya había establecido 240 áreas de salud y estaba cubriendo a 600.000 personas; esta cobertura se mantuvo durante los años ochenta.

Una enfermera graduada que trabajaba en el centro de salud emprendió la supervisión técnica y administrativa del programa. En general, estuvo a cargo de cuatro a seis asistentes comunitarios de salud, por tanto estableció los sectores comunitarios de salud para grupos de población de aproximadamente 10.000 habitantes. Los directores médicos de los centros de salud, con pocas excepciones, no participaron directamente en el desarrollo del programa. Desde el principio, las enfermeras promovieron y supervisaron el programa y fueron también responsables de la capacitación del personal en servicio.

Al igual que en el Programa Rural de Salud, las visitas a domicilio son también una actividad prioritaria del Programa Comunitario de Salud para las Áreas Urbanas. En ambos programas, las visitas a domicilio se hacen en forma

sistemática y rotativa, y tienen objetivos similares. No obstante, el lector debe estar consciente de que las áreas urbanas y rurales afrontan diferentes problemas, en particular la patología social en lo referente a drogadicción, agresión contra niños y mujeres, prostitución juvenil y otros. Aunque el Programa Comunitario de Salud para Áreas Urbanas planificó la construcción de instalaciones para los puestos de salud, esto no se puso en práctica. Los centros de salud urbanos ya existentes y los consultorios construidos por el Seguro Social Costarricense hicieron innecesaria la construcción de los puestos de salud. El personal que trabajaba para el Programa Comunitario de Salud, incluyendo a las enfermeras graduadas que supervisaban el programa, no tenían vehículos disponibles. En general, ellas caminan o emplean el transporte público. En contraposición con los asistentes rurales de salud, que son hombres, los asistentes comunitarios de salud son predominantemente mujeres.

El siguiente ejemplo ilustra cómo funciona realmente el Programa Comunitario de Salud para Áreas Urbanas:

Rita es una asistente comunitaria de salud de 23 años de edad que ha estado trabajando en el programa dos años. Hace tres años cuando terminó la escuela secundaria, de inmediato aplicó al curso sobre salud comunitaria y recibió capacitación de tiempo completo durante cuatro meses. Rita viene de una familia trabajadora y vive en la Urbanización Hatillos, al sur de San José. Actualmente trabaja en el centro de salud Hatillo, a 1 km de su hogar, y su área de trabajo es Aguantafilo, un vecindario desposeído ubicado a 500 m del centro. En el centro de salud, Rita tiene un escritorio pequeño y un mapa de su área de trabajo colgado en la pared. Éste contiene una representación detallada de todas las casas y edificios (numerados secuencialmente y por bloque), así como secciones de alto riesgo o áreas problemáticas (señaladas con alfileres de diferente color), que requieren especial atención, por ejemplo: las áreas con pacientes crónicos, mujeres embarazadas, niños desnutridos y hogares en malas

condiciones. Rita tiene un archivo con las tarjetas de registro familiar de los 535 hogares de su área de trabajo.

Cada día, antes de salir del centro de salud para realizar su trabajo en la comunidad, ella revisa las tarjetas de registro correspondientes y prepara una pequeña caja con los siguientes elementos: formularios de informe, termómetros, un esfigmomanómetro, hojas de referencia, material educativo y un termo pequeño que contiene vacunas contra DPT, poliomielitis y sarampión, así como el toxoide tetánico. Regresa al centro de salud aproximadamente a las 13:00, donde registra en las tarjetas familiares los resultados de sus visitas, revisando las tarjetas de registro familiar de todos los hogares visitados, para comprobar el estado de vacunación de las familias y otros problemas sociales o de salud, y prepara un reporte diario en un formulario estandarizado, donde incluye una lista de todas las vacunaciones dadas. Además, generalmente discute con la enfermera supervisora, el trabajador social o el inspector de salud básica los problemas identificados que pueden requerir intervenciones adicionales

Las actividades diarias de Rita también incluyen: analizar las condiciones familiares y de los hogares, revisar las tarjetas de salud de niños y madres, indagar sobre embarazos no vigilados o uso de métodos de planificación familiar, controlar citas médicas y medicamentos usados por pacientes crónicos, e informar a las personas sobre cómo prevenir los accidentes domiciliarios. Finalmente, Rita es la encargada mantenerse en contacto con los líderes comunitarios y de reunirse una o dos veces a la semana con los principales comités de la comunidad.

### **Programa Hospital Sin Paredes de San Ramón**

En 1972, el director de un hospital rural de 110 camas, ubicado en el condado de San Ramón decidió establecer un programa de extensión comunitaria, nombrándolo Hospital Sin Paredes (Ortiz Guier, 1974). Con este término, el Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier quiso describir un hospital con puertas abiertas,

comprometido a dirigir a su personal, principalmente médicos y enfermeras, a las 40.000 personas que vivían en las comunidades rurales del condado. En los siguientes tres a cuatro años después de 1972, el Programa del Hospital Sin Paredes se extendió a otros tres condados - todos ellos productores de café, con el ingreso per cápita más bajo de Costa Rica - dentro del área de influencia del Hospital de San Ramón. El programa alcanzó una cobertura máxima de aproximadamente 80.000 personas que vivían en grupos dispersos de poblaciones rurales, sin tomar en cuenta a los residentes de las cuatro capitales del condado. A finales de 1976, funcionaban 44 puestos de salud. La idea básica del programa es el establecimiento de puestos de salud, cada uno manejado por un auxiliar de enfermería, convenientemente ubicados en pequeñas comunidades rurales que cubren 1.000 a 1.500 personas (200 a 300 hogares). Los auxiliares de enfermería recibieron capacitación para llevar a cabo las actividades de salud de madres y niños, manejar emergencias y enfermedades comunes no complicadas en adultos, y dar seguimiento a los pacientes crónicos. Además, fueron capacitados para implementar medidas sanitarias básicas, así como organización comunitaria y actividades de desarrollo. Los puestos de salud del programa estaban equipados adecuadamente para que los auxiliares de enfermería pudieran realizar su trabajo y dar consultas médicas o de enfermería a la población una vez a la semana.

Uno de los aspectos fuertes del Programa Hospital Sin Paredes fue la organización de comunidades en asociaciones de desarrollo o comités de salud. Estas asociaciones participaron activamente en la construcción, equipamiento, y posteriormente mantenimiento de los puestos de salud. También participaron en una serie de actividades para el bienestar comunitario, como la construcción y mejoramiento de caminos, puentes y redes eléctricas, así como actividades agropecuarias. El programa fomentó la organización de cooperativas en diferentes áreas de los cuatro condados. También contribuyó a integrar a los representantes de las asociaciones y comités en una federación de asociaciones, la cual está representada y facultada para tomar decisiones en el Consejo de Salud, Cuerpo Directivo del Programa Hospital Sin Paredes.

El programa incluía una visita médica semanal a cada puesto de salud efectuada por los médicos del hospital local: médicos generales, pediatras, gineco-obstetras e internistas. La mayoría de las consultas, inclusive para los pacientes con enfermedades complejas, fueron dadas en los puestos de salud. Los médicos y las enfermeras graduadas que trabajaban en los centros de salud del área del programa, también participaron en las visitas médicas a los puestos de la salud del programa. De esta manera, el programa estructuró y desarrolló una excelente red de servicios de salud que cubrió 100% de la población, mientras ejecutaba una serie de acciones descentralizadas a nivel de la comunidad.

El Programa Hospital Sin Paredes visitó a las familias que vivían en el área de influencia de todo el programa de puestos de salud, aunque las visitas a domicilio no fueron planificadas de manera cíclica. Las familias que visitaron fueron aquellas consideradas en alto riesgo, debido a las precarias condiciones de la vivienda o la presencia de niños desnutridos o de bajo peso al nacer, miembros ancianos de la familia o pacientes con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, enfermedades psiquiátricas, lesiones cerebrales). Ocasionalmente, los auxiliares de enfermería reemplazaron a las enfermeras graduadas o incluso a los médicos en las visitas a domicilio.

El programa también incluía la capacitación de voluntarios de salud que se involucraron en el proceso de salud, a través de su participación en las actividades del puesto de salud, visitando los hogares e implementando medidas ambientales de salud. Las enfermeras graduadas que fueron asignadas a la Oficina del Director del programa en San Ramón o a los centros de salud en los otros tres condados fueron responsables de la supervisión del personal de campo.

El Programa Hospital Sin Paredes tuvo un importante desarrollo después de sus años iniciales hasta mediados de los años ochenta, debido sobre todo, al incuestionable liderazgo de su director y fundador durante quince años. Durante este periodo el programa logró una importante repercusión nacional. Fue presentado y analizado por diferentes grupos en congresos médicos y reuniones específicas. Sin embargo, *solo* un hospital más, La Anexión, en Nicoya implementó un proyecto similar. Desde el primer director, el programa

tuvo otros cuatro directores, ninguno de los cuales estuvo directamente vinculado con el hospital. También tuvo el inconveniente de que los médicos del hospital habían tenido una participación limitada en el programa y que la administración del hospital fue transferida del Ministerio de Salud a la Caja Costarricense de Seguro Social. En la actualidad, el programa continúa trabajando en la organización comunitaria y promoción de la participación comunitaria. Las enfermeras graduadas y los médicos generales de los centros de salud continúan visitando los puestos de la salud. Sin embargo, la fuerza y el dinamismo del programa, derivados de su líder fundador que caracterizó al programa durante casi 15 años, ya no están presentes.

### **El programa rural de salud de San Antonio de Nicoya**

San Antonio es un distrito del Condado de Nicoya, localizado en la región norte del país. En 1974, cuando se inauguró un hospital rural en la capital del condado de Nicoya, dos pediatras - un especialista recién graduado y un profesor de la Escuela de Medicina de Costa Rica - decidieron establecer un programa comunitario de salud en San Antonio (Becerra-Gómez et al., 1976-1977). En ese momento, el distrito tenía aproximadamente 7.500 habitantes distribuidos entre 1.200 familias que vivían en pequeños poblados y en grupos dispersos de población rural. El programa de San Antonio compitió con el modelo comunitario de salud de San Ramón y estableció pequeños puestos de salud en cinco diferentes comunidades, dirigidos por auxiliares de enfermería capacitados. El programa recalcó la importancia de las visitas periódicas a domicilio para mejorar las condiciones sanitarias de los hogares e implementar algunas acciones de salud para las personas. La educación en salud y las actividades materno-infantiles también se consideraron importantes. Cada puesto de salud fue visitado una vez por semana, por un médico general del hospital o por un residente de pediatría que estaba realizando su trabajo rotativo de campo de meses como estudiante de postgrado en el Hospital Nacional de Niños. Al igual que en San Ramón, el personal del Programa de San Antonio fomentó la integración de comités de salud, asociaciones de desarrollo comunitario y cooperativas. El programa también capacitó a voluntarios para trabajar en salud y promovió la participación comunitaria con tal impulso, que los proyectos productivos comenzaron a desarrollarse y el

estado de salud de la comunidad empezó a mejorar. Durante sus primeros 10 años, el programa de San Antonio mostró un crecimiento asombroso. Incluso en la actualidad, continúa creciendo, pero con menos fuerza.

Esta iniciativa de salud rural tuvo una extraordinaria repercusión en el país. Por un lado, fue el primer programa comunitario de salud realizado por la Caja Costarricense de Seguro Social. Por el otro, tenía un fuerte componente didáctico que fue utilizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica para médicos de pregrado y estudiantes de pediatría que efectuaban su trabajo de postgrado. Según lo expresado por el Dr. Guido Miranda, Administrador Médico del Seguro Social:

Sabíamos que íbamos a tener dificultades cuando intentamos iniciar cambios en las prácticas tradicionales de saneamiento ambiental, que todos los países y el nuestro no es una excepción, al confrontar a los círculos tradicionales extremadamente cerrados y opuestos al cambio. Fue aun más fascinante para el equipo de salud, juntamente con otras disciplinas necesarias, proponer y recibir el apoyo de la comunidad para estimular el crecimiento de pequeños artesanos y programas agrícolas con mejores rendimientos nutricionales. (Becerra-Gómez et al., 1976-1977).

No cabe duda, según se ha confirmado en diferentes evaluaciones, que el programa comunitario de salud de San Antonio condujo a cambios momentáneos en el estado de salud de la población y en el mejoramiento del bienestar de las comunidades. Sin embargo, su logro más significativo, iba a cambiar la actitud de algunos profesionales de la medicina que experimentaron esto. Desde entonces, han desempeñado una función principal al reorientar nuestro sistema de salud hacia una medicina familiar y comunitaria.

### **Principales cambios logrados por el Programa Rural de Salud y el Programa Comunitario de Salud**

En los años setenta, los Programas Rural de Salud y Comunitario de Salud no cambiaron sustancialmente. Según se indicó anteriormente, en 1977 un técnico en salud con un curso de capacitación de tres meses reemplazó al auxiliar de

enfermería que atendía a las comunidades urbanas, y al auxiliar de enfermería encargado de otras funciones en los centros de salud. En 1979, un cambio político en el sistema administrativo del país confirió a los comités de salud un impulso extraordinario a través del Ministerio de Salud. El gobierno creó la Unidad de Participación Comunitaria a nivel central del Ministerio de Salud y reunió recursos financieros y humanos para promover la creación y seguimiento de los comités de salud en todo el país. Durante los siguientes tres años, los programas promovieron el establecimiento de los comités de salud en todas las áreas rurales y comunitarias de salud, y capacitaron un considerable número de voluntarios de salud para ayudar al personal institucional a llevar a cabo las actividades de salud. Los programas comenzaron a socavar el apoyo de la población de DINADECO y a debilitar la participación en salud de las Asociaciones de Desarrollo Comunitario. En varias comunidades, DINADECO y las Asociaciones de Desarrollo Comunitario empezaron a competir entre ellos, creando conflictos. En 1982, DINADECO, una vez más, se convirtió en el organismo más importante del gobierno que promovía la organización comunitaria y el desarrollo. A nivel de la comunidad, los comités de salud eran generalmente miembros de las Asociaciones Comunitarias de Desarrollo; el personal de salud trabajó estrechamente con ellos.

Durante este decenio, el curso de capacitación de personal aumentó un mes y posteriormente otro mes, hasta alcanzar su actual duración de cinco meses.

Los requisitos educativos para ambos programas se aumentaron de 9 a 11 años, es decir, un diploma de la escuela secundaria en Costa Rica. Todavía persiste la tendencia de tener más mujeres laborando como asistentes de salud urbana y más hombres trabajando en las áreas rurales.

En 1979, se unificó la información y los sistemas de procesamiento de datos de ambos programas. Esta medida permitió la normalización de los formularios de datos, el análisis de la información y los análisis comparativos.

Durante los años ochenta, ambos programas experimentaron cambios importantes, algunos de los cuales contribuyeron a su mejoramiento, en tanto que otros tuvieron ventajas dudosas o simplemente fueron negativos.

Antes de 1984, cada programa implementó su propio curso de capacitación de personal. La unificación de ambos cursos en 1984 le dio ventaja a la

enseñanza al incrementar la disponibilidad de docentes y la cantidad de materiales educativos, manuales y áreas de trabajo de campo.

En 1985, un estudio sobre el empobrecimiento urbano contribuyó a la definición de las áreas operativas urbanas. En 1986, un sistema de calificación con base en 10 indicadores sociales y de salud permitieron la identificación de 30 condados prioritarios de un total de 81 en el país. En los cinco años siguientes, el Proyecto de Supervivencia Infantil de UNICEF y otros organismos nacionales e internacionales fortalecieron los programas de salud dirigiendo sus acciones a las personas y al ambiente en 30 condados prioritarios. La estrategia fundamental era "cerrar la brecha existente" en los indicadores de salud. En 1986 se implementó el Proyecto de Atención Familiar Empleando el Enfoque de Riesgo, a través de la selección de 40 áreas comunitarias de salud y 20 áreas rurales de salud. La meta era reducir el número de visitas a domicilio por el asistente de salud, mediante la clasificación de los hogares según categorías de riesgo familiar: a las familias de mayor riesgo se les visitó con mayor frecuencia, mientras que a las familias de menor riesgo se les visitó una vez al año o se les excluyó del programa.

Aunque el proyecto se implementó en varias áreas urbanas y rurales de salud, éste nunca fue ni controlado adecuadamente ni evaluado. Aparentemente, el personal de salud no utilizó correctamente el sistema de clasificación de riesgos familiares y malinterpretó los criterios de la visita a domicilio.

En 1987, un decreto ministerial integró oficialmente los Programas Rurales y Comunitarios de Salud. El decreto de 1987 estableció la sede conjunta en el nivel central del Ministerio de Salud, así como el nombre Programa de Atención Primaria de Salud. El personal auxiliar que trabajaba en el nivel operativo, se convirtió en asistentes de atención primaria de salud. La nueva nomenclatura creó cierta confusión en lo referente al concepto clásico de atención primaria de salud, porque tenía la connotación de que la atención primaria de salud era equivalente al programa de salud ejecutado por el personal auxiliar. Por este motivo, otro decreto ministerial en 1989 cambió el nombre del programa a su nombre actual: Programa Integrado de Salud. Incluye los componentes rurales y comunitarios de salud, nutricionales y dentales, y control de la malaria.

En 1989, las enfermeras se encargaron de supervisar los aspectos técnicos y administrativos del Programa Rural de Salud. Esto implicó la eliminación del Supervisor de Trabajo de Campo, quien anteriormente supervisaba las actividades administrativas, transportaba suministros, ayudaba en la programación anual y le daba impulso al programa en diferentes maneras. Debido a la falta de enfermeras graduadas, la mayoría de supervisores nombrados en 1989 dependió específicamente de cada centro de salud. Lamentablemente, los medios del transporte disminuyeron progresivamente: el sistema de supervisión, que había sido un elemento importante del Programa Rural de Salud, se llegó a deteriorar tanto que desapareció completamente de algunas áreas del país.

En 1989 se estableció un curso de capacitación de seis meses para los asistentes de atención primaria de salud, que confería a los participantes el Certificado de Auxiliares de Enfermería. Sin embargo, el hecho de que el certificado les permitiera trabajar en los centros de salud, hospitales y consultorios de la Caja Costarricense de Seguro Social, tuvo consecuencias negativas: la mayoría del personal capacitado con este curso no permaneció en el programa, sino prefirió trabajar para otras agencias de salud.

El proceso de regionalización de la salud también repercutió en el programa. Hacia 1988, las regiones de salud conocían mejor el manejo de presupuestos y programas; además, el nivel central comenzó a desempeñar progresivamente la función de una entidad normalizadora de consulta para las regiones de salud. Desafortunadamente, este proceso también implicó la exclusión del supervisor regional rural de salud (reemplazado por un enfermera supervisora que en la mayoría de los casos, no fue capaz de cumplir con esta tarea), quien había sido un excelente enlace entre los Supervisores de Trabajo de Campo y el nivel central. Actualmente, el equipo técnico que trabaja en el nivel central está prácticamente excluido de todas las acciones directas relacionadas con el programa. Las funciones del equipo están concentradas en aspectos de normalización y actividades educativas en progreso.

---

## Programas de nutrición

Desde los inicios de los años treinta, los servicios de pediatría habían observado con frecuencia la malnutrición proteinocalórica grave. El número y la gravedad de los casos de kwashiorkor fue tan alta que los pediatras consideraron la situación nutricional como una verdadera calamidad nacional en ese momento.

En 1966, la primera encuesta de nutrición realizada a nivel nacional reveló importantes deficiencias nutricionales en toda la población. Las principales carencias fueron: proteínas, calorías, yodo (bocio endémico), hierro y folatos (anemias nutricionales) y vitamina A (Ministerio de Salud, 1978b). Además, 57% de los niños mostró algún grado de desnutrición según la clasificación de peso-para-edad; 18% de todos los escolares tenía bocio endémico; y 32,5% de todos los preescolares tenía niveles bajos o deficientes de retinol sérico. Las anemias por falta de hierro y folatos afectaron principalmente a mujeres y adolescentes.

### Programas de Alimentación Complementaria en los años 1950 y 1960

Uno de los programas más antiguos de nutrición para reducir la desnutrición proteinocalórica es el Programa Costarricense de Alimentación Complementaria para niños menores de seis años de edad, escolares, mujeres embarazadas y madres en periodo de lactancia materna. En 1951, el Ministerio de Salud Pública firmó un convenio con UNICEF para proveer leche descremada sin costo alguno para estos grupos de población. Ese mismo año, se estableció el primer centro de nutrición en Barva de Heredia.

El Programa Costarricense de Alimentación Complementaria tenía los siguientes objetivos:

- Mejorar el estado nutricional de los grupos de población más vulnerables (lactantes, preescolares y mujeres embarazadas) de los grupos sociales más necesitados.
- Promover buenos hábitos alimentarios.

- Promover el consumo de productos alimenticios de alto valor nutritivo que se producen o podrían producirse en el país.
- Inculcar en la población la necesidad de efectuar exámenes médicos periódicos a los niños y a las mujeres embarazadas.
- Concienciar a la comunidad sobre los problemas nutricionales de las madres y los niños, y fomentar la participación comunitaria en la solución de estos problemas.

En la primera mitad de los años cincuenta, el Ministerio de Salud Pública creó el Departamento de Nutrición, responsable de diseñar, ejecutar, controlar y evaluar el programa de nutrición del sector salud.

En sus fases iniciales, el programa de alimentación complementaria fue implementado por el personal médico y de enfermería de las Unidades de Salud (posteriormente llamados centros de salud). Además, los Centros de Nutrición, anexos a las Unidades de Salud, se fueron construyendo progresivamente. En 1955, solo había 18 de ellos; para 1960 el número había aumentado a 45; para 1968 a 124; para 1978 a 471; y en 1990 operaban 550 Centros de Nutrición o Centros Integrados para la Atención de Salud de Niños (CINAI) que incluían nutrición.

En los años 1950 y 1960, los Centros de Nutrición estaban generalmente ubicados en las capitales de las provincias o los condados. Paralelamente a la evolución del Programa Rural de Salud, estos centros fueron establecidos en los poblados pequeños. En algunas comunidades, el centro de nutrición y el puesto de salud compartieron las mismas instalaciones.

En ese momento, el Centro de Nutrición tenía dos servicios alimentarios: un servicio diario, que incluyó un refrigerio a media mañana (un vaso de leche, tortillas de maíz con margarina y verduras), y un servicio semimensual, que proporcionó a los beneficiarios leche en polvo (o una mezcla de leche, soya y maíz) para ser consumida en casa. El refrigerio de media mañana se sirvió en el comedor del centro a los niños de dos a seis años de edad, así como a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia materna; la cobertura se limitó principalmente a las familias que vivían a 1 km del centro. El servicio de

alimentación semimensual distribuyó los productos alimenticios a los niños de cero a seis años de edad que mostraron algún grado de desnutrición. Los niños que fueron clasificados con desnutrición de primer grado recibieron el equivalente de un vaso diario de leche descremada; los niños con desnutrición de segundo grado recibieron el equivalente de dos vasos diarios de leche descremada; y los niños con desnutrición de tercer grado recibieron tres vasos de la leche entera por día.

El médico del Centro de Nutrición autorizaba la cantidad de leche que sería distribuida mediante la expedición de cupones alimentarios. También controlaba periódicamente el crecimiento y desarrollo de los niños y atendía todos los casos de morbilidad. El personal de enfermería del centro de salud planificaba y llevaba a cabo las visitas a domicilio, prestando atención específica a las familias con niños que mostraban desnutrición moderada o grave u otros problemas de salud.

Desde su inicio, los comités locales, manejados por voluntarios, administraron los Centros de Nutrición. El Comité Local recibe los suministros alimentarios del Ministerio de Salud. Además de esto, organiza diferentes actividades para recaudar fondos, recibe contribuciones voluntarias y en algunos casos, recoge los subsidios de los condados. En el pasado, el comité también estuvo encargado de preparar los alimentos, atender a los niños en los centros, y distribuir los alimentos a los hogares. En 1967-1968, el programa cubrió a 30.500 niños menores de seis años de edad y aproximadamente 1.500 mujeres embarazadas. En ese momento, estas cifras representaron 10% de la cobertura nacional de los niños y 3% de las mujeres embarazadas.

Para finales de los años sesenta, otros dos programas coordinados por el Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud funcionaban en Costa Rica: el Programa de Recuperación Nutricional, cuyo objetivo era tratar a los niños menores de seis años de edad con desnutrición de segundo o tercer grado y el Programa de Nutrición Familiar/Jardín Escolar.

El eje del Programa de Recuperación Nutricional fue la creación de dos consultorios de atención ambulatoria en la Ciudad de San José. Contaron con la asistencia de un pediatra, un auxiliar de enfermería y un trabajador social, y asistentes de nutrición. Además, había cinco guarderías infantiles que atendían

durante 10 horas diarias a los niños con desnutrición de segundo grado. Finalmente, un consultorio-hospital, que todavía está en funcionamiento, se responsabilizó de la recuperación nutricional de los niños gravemente desnutridos. Tiene de 20 a 22 camas y continúa atendiendo a los niños que vienen de todo el país. Los consultorios de atención ambulatoria y las cinco guarderías funcionaron durante 10 años, hasta mediados de los años sesenta, cuando disminuyó el número de niños con desnutrición grave.

Los Ministerios de Salud, Educación y Agricultura participaron en el Programa de Nutrición Familiar/Jardín Escolar, cuyos objetivos incluyeron:

- Aumentar la producción de alimentos en la escuela y en los hogares.
- Promover una mejor utilización y conservación de los alimentos a nivel familiar.
- Promover la educación nutricional en las escuelas, centros de salud, Centros de Nutrición y organizaciones de extensión agrícola.
- Mejorar los hábitos alimentarios de la población.
- Mejorar el nivel nutricional de la población, especialmente de madres y niños.

El programa tenía un importante componente educativo para el personal de salud, profesores y trabajadores de extensión agrícola. Al inicio, el programa tuvo el apoyo de UNICEF en la adquisición de semillas, fertilizantes, herramientas y materiales didácticos agrícolas; el expertaje de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) en aspectos de agricultura, extensión agrícola y educación nutricional; y la asesoría del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) sobre organización y desarrollo de actividades educativas.

Este programa fortaleció una actividad que ya se había incorporado varias décadas atrás en el sistema educativo costarricense, en particular en las áreas rurales del país: los huertos escolares. También contribuyó al

fortalecimiento de la antigua tradición de mantener huertos familiares y animales domésticos a pequeña escala (cerdos, gallinas y conejos). Durante todo el tiempo, el programa pudo sobrevivir los altibajos y ha contribuido a mantener la tradición de conservar los pequeños huertos familiares: dos o tres árboles frutales, algún árbol de banano o plátano, chayotes, algunos tubérculos como la yuca o ñampi, cuatro a seis gallinas ponedoras y uno o dos cerdos. Esta tradición de huertos ha ayudado a mejorar la dieta de las familias de bajos ingresos en varias áreas del país.

### **Programas de Alimentación Complementaria en los años 1960 y 1970**

Durante la primera mitad de los años setenta, CARE y las mismas comunidades financiaron la construcción de los Centros de Educación y Nutrición (CEN), que continuaron creciendo. CARE también contribuyó con alimentos (leche descremada y mezclas vegetales) y con equipo para los CEN. En 1975, el Fondo de Asignaciones Familiares le dio un fuerte impulso al programa, dando como resultado que para 1987 (Behm y Barquero, 1990) el país tenía 437 Centros de Nutrición y 34 Centros Integrados para la Atención de Salud de Niños (CINAI). A partir de 1975-1976 se establecieron los CINAI, financiados por el Fondo de Asignación de Familiar, para ampliar la educación preescolar a niños de dos a seis años de edad. Éstos son administrados por el Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de Educación. Cada CINAI es dirigido por un profesor de preprimaria y dos asistentes, quienes atienden de 60 a 100 niños.

A mediados de los años setenta, el programa de alimentación complementaria incluyó, por lo menos: comidas calientes, distribución de leche y paquetes alimentarios. También existía un programa escolar de almuerzo, que se analizará por separado en este capítulo.

#### *Comidas calientes*

Los Centros de Nutrición dieron un refrigerio a preescolares (de uno a cinco años de edad), mujeres embarazadas, madres en periodo de lactancia y escolares desnutridos que vivían en las áreas accesibles a los CEN y que eran referidos al programa por los centros y puestos de salud (Ministerio de Salud,

1979). Éste fue reemplazado por un desayuno y un almuerzo balanceado diario. En 1977- 1978, el programa atendió a aproximadamente 32.000 beneficiarios, de los cuales 72% fueron preescolares. En 1978, el programa sirvió aproximadamente 15 millones de comidas calientes: 9 millones de almuerzos y 6 millones de desayunos. No obstante, este gran esfuerzo a nivel nacional, se tradujo en una cobertura de solo 10% de todos los preescolares y una cobertura de apenas 2% de todas las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia (Ministerio de Salud, 1979). Sin embargo, debe recordarse que el programa se dirigió a grupos de madres y niños de familias de bajos ingresos, en donde se habían identificado problemas sociales.

La implantación del programa requirió la contratación de personal adicional: uno o dos cocineros y un asistente de nutrición por centro. Los Comités Locales de Nutrición continuaron administrando los fondos y ayudando a atender a los niños.

#### *Distribución de leche*

Se distribuyó mensualmente dos kilogramos de leche entera en polvo a niños de uno a cinco años, mujeres embarazadas y madres en período de lactancia materna que no podían asistir a los centros a tomar el desayuno o el almuerzo. En 1976 el programa tenía aproximadamente 39.000 beneficiarios y para 1988 había alcanzado 113.000. Aproximadamente 85% de todos los beneficiarios eran niños preescolares. En 1979, a nivel nacional, el programa cubrió a 36% de todos los preescolares, 10,4% de todas las mujeres embarazadas y 10,9% de todas las madres en período de lactancia (Ministerio de Salud, 1979).

#### *Distribución de raciones alimentarias y paquetes*

A mediados de los años setenta se estableció un programa de donación de raciones alimentarias [leche descremada en polvo, mezcla vegetal (CSB), aceite vegetal y harina] mediante la cooperación conjunta del Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Instituto Mixto Costarricense para la Ayuda Social (IMAS). El programa se dirigió a grupos familiares que mostraron vulnerabilidad nutricional, los cuales fueron elegidos por el personal de los

centros y puestos de salud. En 1978, habían 7.625 familias beneficiarias (Ministerio de Salud, 1979).

Otra actividad de este programa fue la distribución semimensual de una canasta básica de alimentos (arroz, frijol, aceite, harina de trigo y leche en polvo entera) a las familias que tenían por lo menos un niño con desnutrición de tercer grado. Ésta tenía un valor aproximado de 544,00 colones (EEUU\$63,25) por familia al mes (Ministerio de Salud, 1979). La distribución de alimentos comenzó en 1977 con 130 familias, pero debido a obstáculos operativos y financieros se suspendió en 1979.

### *Educación comunicación social*

El programa de alimentación complementaria se asocia con una serie de actividades educativas que se dirigen específicamente a los beneficiarios del programa, así como a la población en general. La mayoría de estas actividades se llevan a cabo en el CEN o CINAI y están bajo la responsabilidad del asistente de nutrición.

**Visitas a domicilio.** Las visitas a domicilio se orientan a casos específicos de desnutrición, generalmente referidos por otros miembros del equipo de salud, o a los beneficiarios que dejaron de asistir a uno de los centros de alimentación complementaria.

**Pláticas educativas.** Estas pláticas se dirigen a preescolares, madres y otros grupos organizados.

**Demostraciones de cómo preparar diferentes comidas.** Éste es uno de los métodos educativos más aceptados por las madres. Asimismo, estas demostraciones tienen una gran repercusión en los hábitos alimenticios. Se utilizan los alimentos del programa así como otros productos alimenticios producidos localmente.

**Entrevistas durante las consultas.** El objetivo de las entrevistas es brindar orientación sobre aspectos de alimentación y nutrición a las madres de niños desnutridos y a otras personas referidas por los médicos del centro de salud.

**Actividades sobre educación nutricional efectuadas por otro personal de salud.** Los demás miembros del equipo de salud (médicos, enfermeras,

auxiliares de enfermería y asistentes rurales de salud) también proporcionan educación nutricional como parte de la educación general en salud que se da a la población. Esto se realiza particularmente en forma de asesoría directa e individual durante las consultas o visitas a domicilio. De esta manera, se introducen temas como: lactancia materna, alimentación durante el primer año de vida, dietas para mujeres embarazadas, comidas equilibradas y preparación de fórmulas lácteas.

**Comunicación/difusión social.** Se inició un programa social de comunicación/difusión con el apoyo del Departamento de Educación en Salud. Incluye el uso de los siguientes materiales impresos y programas de radio:

*Revista "Salud Para Todos".* Esta publicación anual de 120 a 130 páginas incluye artículos cortos sobre salud y nutrición, escritos en idioma sencillo para todos los grupos de población. La revista se ha publicado durante 12 años y ahora tiene una circulación de 50.000 ejemplares. Se utiliza con frecuencia en las escuelas y áreas rurales.

*Boletín "Salud y Educación".* Básicamente es un material de referencia para el desarrollo del componente educativo a nivel comunitario.

*Módulos audiovisuales.* Incluyen una amplia variedad de materiales de enseñanza, como grabaciones sincronizadas con exposición de diapositivas, carteles, folletos, rotafolios, gráficos y boletines. El Propósito de estos materiales es entregar mensajes educativos que complementan las actividades educativas para individuos o grupos.

#### *Programas de Radio*

*"Pláticas de don Rafael".* Este programa se transmite en las estaciones de radio con cobertura local o nacional, mediante grabaciones de cinco minutos. Según una encuesta de audiencia radial efectuada en 1978, el programa fue reconocido por 49% de las mujeres que vivían en las áreas rurales.

*"Voces del Pueblo"*. Es un programa de minutos basado en entrevistas con miembros de la comunidad. Está estructurado en forma de diálogo con la intención de aclarar, confirmar o brindar asesoría sobre temas específicos de salud.

### *Educación preescolar*

El programa de educación preescolar complementa las actividades nutricionales que realizan los CENs y el CINAI. Aunque el programa comenzó en 1976, para 1978 se había implementado en 34 CINAI y 238 CENs (aproximadamente 50% de todos los CEN) (Ministerio de Salud, 1979). El único funcionario que administra los Centros de Nutrición es un profesor que atiende un promedio de 20 niños de tres a seis años de edad. La educación preescolar en los CEN y el CINAI es una valiosa área de apoyo para lograr la atención integrada y el desarrollo total de los niños. Esta meta se vuelve aún más importante al considerar que la mayoría de los niños que asisten a este programa vienen de familias pobres que viven en áreas rurales y urbanas desprotegidas. En general, estos niños no tienen otra posibilidad de entrar a formar parte del sistema educativo formal del Ministerio de Educación.

### **Cafeterías escolares**

Las primeras cafeterías escolares se implementaron en Costa Rica en los años cuarenta. En 1944, fueron establecidas y administradas por fundaciones escolares para mejorar el bienestar de los escolares entre 7 y 13 años de edad. Al inicio, el servicio únicamente incluyó un refrigerio a media mañana que no requirió de infraestructura costosa. Durante las siguientes dos décadas, los comités escolares continuaron sirviendo a los niños los refrigerios a media mañana, utilizando los alimentos locales y los alimentos donados por organismos extranjeros, especialmente los de UNICEF hacia 1951.

A principios de 1975, el apoyo financiero otorgado por el Fondo de Asignación Familiar permitió la expansión rápida de las cafeterías en la mayoría de las escuelas del país, así como la inclusión de un servicio de comida caliente que proporcionó el desayuno y el almuerzo para niños de 2 a

13 años de edad, según menú recomendado por el Ministerio de Salud (Novigrodt Vargas, 1986).

El programa de almuerzo escolar tiene los siguientes objetivos:

- Mejorar el desarrollo físico y mental de los niños;
- Fomentar hábitos dietéticos saludables, así como buenas maneras;
- Promover la producción y consumo de alimentos locales.

Ochenta y cinco por ciento de todos los alimentos utilizados por el programa de almuerzo escolares distribuido directamente a las escuelas por las tiendas del Consejo Nacional de Producción o por las cooperativas autorizadas, tomando en cuenta el número de niños participantes o beneficiarios de cada cafetería. En algunos casos, las fundaciones escolares reciben una cantidad proporcional de dinero y compran los alimentos localmente. Las comunidades contribuyen con aproximadamente 15% de los costos del programa para obtener alimentos frescos producidos localmente (Novigrodt Vargas, 1986).

El programa de almuerzo escolar está estrechamente vinculado con las actividades de huertos escolares, en lo referente a la mayoría de verduras, frutas y huevos producidos en los huertos escolares y consumidos en las cafeterías escolares.

Según un estudio de evaluación efectuado en 1985 (Novigrodt Vargas, 1986), durante el año escolar las cafeterías escolares funcionan 20 días al mes. El almuerzo, el servicio más común, se proporciona a 69% de todas las escuelas, mientras que el almuerzo y el desayuno se sirve a 30% de las escuelas y el desayuno *solo* a 0,5% de las escuelas. En 1985, 84% de todos los beneficiarios de la cafetería escolar fueron estudiantes debidamente matriculados, 7% se registró como preescolares, 6% preescolares no registrados y 3% maestros o personal administrativo de la escuela. Desde el inicio, el programa centró su atención en los niños preescolares entre dos y seis años de edad que viven en comunidades que no tienen un Centro de Nutrición pero que tienen una cafetería escolar.

**Cobertura.** Cada cafetería escolar proporciona alimentos a todos los niños que asisten a esa escuela.

El cuadro 3 resume los resultados de tres diferentes evaluaciones realizadas en las cafeterías escolares en 1975, 1981 y 1986 (Ministerio de Salud, 1979).

Actualmente, las cafeterías escolares son financiadas por el Fondo de Asignación Familiar y otros fondos recaudados por los comités escolares locales.

### **Fortificación de alimentos**

#### *Yodación de la sal común*

Costa Rica es un país montañoso y la mayoría de su población vive en el altiplano. En los años treinta, el Dr. Clodomiro Picado resaltó la extensa prevalencia de bocio en el país, y su influencia hizo que el gobierno adoptara en 1941 una Orden Ejecutiva que obligaba la yodación de la sal común como una medida preventiva para reducir y erradicar el bocio. Sin embargo, esta orden no se ejecutó durante muchos años. Una encuesta nacional sobre bocio endémico realizada entre 1952 y 1955, bajo el auspicio del INCAP, mostró una prevalencia total de 16,5% con un intervalo de 10,2 a 25,6% dependiendo del condado (Pérez et al., 1956). A mediados de los años sesenta, el INCAP desarrolló una forma práctica para yodar la sal sin necesidad de estabilizadores especiales ni envase a prueba de humedad, usando yodato de potasio relativamente insoluble. El INCAP continuó exhortando firmemente la implementación de la ley de los años treinta, la cual fue implementada hasta 1941 durante el gobierno de Figueres. Los pocos grupos de población que no tienen acceso a la sal yodada todavía muestran, evidencia de glándulas tiroideas agrandadas.

### **CUADRO 3**

#### **Desarrollo de cafeterías escolares en Costa Rica, 1975-1986**

| <b>Parámetros relacionados con las cafeterías escolares</b> | <b>1975</b>  | <b>1981</b>  | <b>1986</b> |
|---|--------------|--------------|-------------|
| Instituciones educativas                                    | 2,600        | 2,905        | 2,905       |
| Cafeterías escolares  | 1,194        | 765          | 2,792       |
| Escuelas cubiertas (%)                                      | 44.4         | 95.3         | 94.6        |
| Beneficiarios (No.)   | <sup>a</sup> | <sup>a</sup> | 434,700     |

<sup>a</sup>Datos no disponibles.

Fuente: Ministerio de Salud, 1979.

### *Fluoración de la sal común*

La caries y la pérdida temprana de dientes son un problema generalizado entre los costarricenses. Un factor que contribuye a esta condición es el alto consumo de azúcar refinada, problema común en Costa Rica, país productor de azúcar. Un factor agravante es la falta de fluoruro en los alimentos y en el agua. A pesar que en los años ochenta se estableció un programa de fluoración del agua, éste solo cubrió el área metropolitana de San José. En 1988, comenzó otro proyecto de fluoración, utilizando la misma infraestructura en lo referente al proceso de yodación: se agregó el fluoruro a la sal común para consumo humano. El proyecto todavía está en ejecución, y como resultado, 80% de todos los costarricenses consume sal enriquecida con yodo y flúor.

### *Fortificación azúcar blanca con vitamina A*

La Encuesta Centroamericana de Nutrición de 1966 reveló que todos los países estudiados tuvieron una alta prevalencia de carencia de vitamina A, particularmente en niños. Este resultado, así como el conocimiento de que la carencia de vitamina A tiene repercusiones negativas en la salud humana, motivó a un grupo de científicos del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) a buscar soluciones para el problema. Una de las soluciones propuestas fue el agregado de retinol al azúcar, ya que todas las personas de los países involucrados consumían azúcar. El programa de fortificación se lanzó exitosamente en Costa Rica y Guatemala en 1975; se agrega 50 UI (15g) de palmitato de retinol por gramo de azúcar.

Los productores de azúcar absorbieron el costo del programa, y se agregó vitamina A a prácticamente todo el azúcar de consumo. En 1979, una encuesta en niños preescolares mostró que solo 2,5% tenía niveles bajos o deficientes de retinol. Lamentablemente, el costo internacional del retinol aumentó considerablemente y en 1979 se detuvo el programa de fortificación de vitamina A. El consumo de alimentos ricos en vitamina A ha mejorado en Costa Rica. No obstante, hoy día el país carece de datos actuales sobre los niveles de retinol sérico en niños y grupos de población de alto riesgo.

### *Carencias de hierro y folatos*

Costa Rica no tiene programas específicos a gran escala para combatir la carencia de hierro y folatos. Sin embargo, todas las mujeres embarazadas que asisten a control prenatal reciben hierro y suplementos de ácido fólico. Aproximadamente 60% de todas las mujeres embarazadas reciben hoy día atención prenatal. Además, dos tercios de todos los niños menores de seis años de edad reciben consultas de crecimiento y desarrollo, donde les dan suplementos de hierro.

## **Repercusión de los programas en la salud de los niños que viven en las áreas rurales**

Varias investigaciones e informes han analizado la salud y el estado nutricional de la población costarricense durante las dos décadas cubiertas por este estudio (González-Vega, 1985; Ministerio de Salud, 1976; Sáenz, 1985b; Sandiford et al., 1991; Villegas y Ozuna, 1979). La mayoría de ellos analizan las tendencias de los indicadores nacionales de salud, ya sea en su totalidad o separados por categorías urbanas y rurales. Sin embargo, hay dos indicadores de salud y nutrición, que se han seguido durante años por localidad (divididos en condados e inclusive en unidades geográficas más pequeñas, como los distritos). Estos indicadores son la mortalidad infantil y la talla de niños que entran a la escuela. Ambos indicadores reflejan la situación de salud y nutrición durante la niñez, incluyendo la repercusión del ambiente y los servicios de salud en la madre y el niño.

### **Mortalidad infantil**

Hacia finales de los años sesenta, la mortalidad infantil en Costa Rica fue mayor de 70/1.000 nacidos vivos. En 1970, el promedio nacional fue 68,2/1000 nacidos vivos. Sin embargo, la región atlántica de Huetar, logró 10/1000 nacidos vivos (Behm y Robles, 1988). En ese momento, la mortalidad

infantil costarricense no varió considerablemente de la de otros países centroamericanos (Behm y Robles, 1988; Behm y Barquero, 1990). Durante los años setenta, todas las regiones de salud mostraron una disminución notable en la mortalidad infantil. La disminución fue proporcionalmente mayor en aquellas regiones que inicialmente tuvieron mayores cifras de mortalidad infantil (ver cuadro 4).

#### CUADRO 4

#### Tendencias en la mortalidad infantil por región de salud en Costa Rica, 1970-1990

| Año               | Región  |              |           |                  |        |
|-------------------|---------|--------------|-----------|------------------|--------|
|                   | Central | Huetar Norte | Chorotega | Huetar Atlántico | Brunca |
| 1970              | 68.5    | 87.5         | 88.9      | 110.1            | 84.0   |
| 1975              | 38.7    | 53.8         | 52.9      | 81.9             | 58.2   |
| 1980              | 21.7    | 21.2         | 26.4      | 31.5             | 22.0   |
| 1985              | 21.0    | 19.5         | 19.8      | 25.7             | 24.6   |
| 1990 <sup>a</sup> | 13.3    | 19.3         | 18,4      | 19.4             | 18.2   |

<sup>a</sup>Oficina del Director de Estadísticas y Encuestas; tabulaciones de defunciones. 1990.

Fuente Behm y Robles. 1988.

#### *Mortalidad infantil por grado de densidad urbana*

A mayor grado de "ruralidad" mayores condiciones desfavorables de vida para la población. En consecuencia, se espera que la mortalidad infantil sea mayor en el área rural que en las áreas urbanas. Según se muestra en el cuadro 5, esta diferencia fue notoria en 1970; sin embargo, empezó a desaparecer a finales de los años setenta.

#### CUADRO 5

#### Mortalidad infantil en Costa Rica por grado de densidad urbana, 1970-1089

#### Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos

| Grado de densidad urbana | 1970 | 1980-1981 | 1984-1985 | 1988-1989 |
|--------------------------|------|-----------|-----------|-----------|
| Total urbano             | 50.1 | 16.8      | 16.9      | 13.5      |

|                                |      |      |      |      |
|--------------------------------|------|------|------|------|
| Área metropolitana             | 45.8 | 16.3 | 16.1 | 12.6 |
| Ciudad intermedio <sup>a</sup> | 57.4 | 17.0 | 17.9 | 14.5 |
| Resto de población urbana      | 54.5 | 17.9 | 18.0 | 14.8 |
| Total rural                    | 70   | 21.7 | 20.7 | 16.3 |

<sup>a</sup>Incluye 10 ciudades con más de 12.000 habitantes.

Fuente: Behm y Robles. 1988: Behm y Barquero, 1990.

De 1980 a 1985 las tasas de mortalidad infantiles estuvieron estables, y luego descendieron año más. Por tanto, todos los grupos de población estudiados, y en particular los de las áreas rurales, mostraron una disminución significativa en las tasas de mortalidad infantil. En consecuencia, la diferencia absoluta entre las tasas de mortalidad infantil urbanas y rurales, tiende a disminuir con el tiempo. Todo esto implica que tanto en términos absolutos como relativos, Las tasas de mortalidad infantil de las áreas rurales disminuyeron más que las de las áreas urbanas.

#### *Causas de muerte en niños menores de un año*

Hacia 1986, 82% de todas las muertes de niños menores de un año de edad fueron certificadas por un médico, y casi todas las defunciones se registraron debidamente (Behm y Barquero, 1990). En 1970, la principal causa de muerte en este grupo de edad fue la enfermedad infecciosa: aproximadamente 25% de los niños murieron a causa de infecciones intestinales y 20% por infecciones respiratorias. Diez años después, las tasas de mortalidad infantil disminuyeron debido al control de las enfermedades diarreicas (36% de la disminución total en tasas de mortalidad infantil), control de infecciones agudas de las vías respiratorias (22%) y vacunaciones para prevenir otras enfermedades infecciosas (9%). Las causas de muertes perinatales también disminuyeron durante el mismo tiempo, pero en menor grado. Actualmente, los casos perinatales continúan siendo la causa más frecuente de mortalidad infantil (ver cuadro 6). Sin embargo, se debe observar que éstas disminuyeron significativamente entre 1985 y 1989, tanto en las poblaciones rurales como en las urbanas.

## CUADRO 6

### Tasas de mortalidad infantil por causa de muerte, 1970-1989

#### Tasa de mortalidad infantil por 10.000

| Causa de muerte                         | 1970 | 1980 | 1985 | 1989 |
|---|------|------|------|------|
| Enfermedades contagiosas y parasitarias | 250  | 22   | 13   | 10   |
| Infecciones intestinales                | 170  | 15   | 10   | 8    |
| Enfermedades inmunoprevenibles          | 42   | 1    | 0    | 0    |
| Desnutrición                            | 21   | 2    | 2    | 2    |
| Infecciones respiratorias agudas        | 23   | 26   | 16   | 12   |
| Causas perinatales                      | 143  | 83   | 92   | 63   |
| Anormalidades congénitas                | 30   | 40   | 40   | 44   |
| Trauma y accidentes                     | 4    | 4    | 2    | 2    |
| Otras causas                            | 48   | 13   | 11   | 6    |

Fuente: Behm y Robles, 1988; Behm y Barquero. 1990.

#### *Tendencias en las tasas de mortalidad infantil por condados*

En 1970, 71 de 75 condados en el país tenían tasas de mortalidad infantil mayores de 30/1.000 nacidos vivos, y algunos de estos incluso tenían tasas mayores de 100/1.000. Sin embargo, en 1981 solo 7 de 81 condados tuvieron tasas de mortalidad infantil mayores de 30/1,000, y 51 tuvieron tasas menores de 20/1.000.

Las tasas de mortalidad infantil continuaron mejorando en 1988. Más de un tercio de todos los condados (31 de 81) tenían tasas por debajo de 10/1.000, y solo dos tuvieron tasas mayores de 30/1.000 (ver el cuadro 7).

## CUADRO 7

### Tasas de mortalidad infantil por condados en Costa Rica, 1970-1988

| Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos | Número de condados |      |      |
|--|--------------------|------|------|
|  | 1970               | 1981 | 1988 |
| < 10   | 1                  | 10   | 31   |
| 10.1-20  | 0                  | 41   | 36   |
| 20.1 - 30  | 3                  | 23   | 12   |
| >30  | 71                 | 7    | 2    |

Fuente: Sistema Nacional de Salud, 1990. p. 28. y *Rurales de Costa Rica*

### Estado nutricional de niños: Censos de Talla en Niños de Primer Grado

La talla de niños de siete años de edad es un indicador que refleja los antecedentes nutricionales y de salud de los niños en una población. A comienzos de los años setenta, Bengoa propuso la talla-para-edad en niños de siete años de edad como un indicador nutricional para medir cómo los problemas sociales afectaban la niñez temprana. El impedimento del crecimiento a esta edad revela, tanto la repercusión de la nutrición y las infecciones, como la eficacia de los servicios de salud. El primer censo de talla con cobertura nacional se implementó en Costa Rica en 1979, como parte de un sistema nacional de información sobre nutrición. En ese momento, se estaban iniciando en otros países centroamericanos estudios sobre impedimento del crecimiento en niños de siete años de edad y su relación con otros indicadores sociales (Valverde et al., 1981). Se concluyó que la talla a los 7 años fue un indicador sumamente significativo de los factores sociales, nutricionales, de salud y ambientales que tienen una repercusión adversa durante los primeros años de vida, que no permite que los niños desarrollen su potencial total de crecimiento.

Los censos nacionales de talla incluían a todos los niños matriculados en primer grado en todo el país. En Costa Rica se han efectuado cinco censos de talla: 1979, 1981, 1983, 1985 y 1989.

Se ha utilizado el patrón de crecimiento recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para comparar los datos de estatura

entre países y dentro de un solo país en diferentes etapas. Las variaciones entre el crecimiento promedio y el patrón de referencia se expresan en función de las desviaciones estándares (puntuaciones z) y se clasifican según los siguientes puntos de quiebre o niveles de riesgo:

|                                       |                  |
|---------------------------------------|------------------|
| • Detención grave del crecimiento:    | -3,00 DE o menos |
| • Detención moderada del crecimiento: | -2,99 a -2,00 DE |
| • Estatura normal:                    | -1,99 a +2,00 DE |
| • Por arriba de la altura normal:     | más de +2,00 DE  |

En este análisis, todos los niños con -2,00 DE se consideran con detención del crecimiento.

El cuadro 8 resume las tendencias de talla de niños costarricenses según lo encontrado en los cinco censos de talla efectuados en 81 condados del país (M.E.P./OCAD/PECADO, 1979, 1981, 1983, 1985, 1989).

#### CUADRO 8

#### Tendencias de talla en niños que asisten a primer grado en Costa Rica, 1979-1989

##### Censos de talla efectuados en 81 condados

| Niños con detención del crecimiento (%) | Censo de talla |      |      |      |      |
|---|----------------|------|------|------|------|
|   | 1979           | 1981 | 1983 | 1985 | 1989 |
| <5                                      | 0              | 1    | 4    | 5    | 23   |
| 6-10                                    | 2              | 11   | 25   | 32   | 45   |
| 11-15                                   | 19             | 31   | 29   | 28   | 20   |
| 16-20 <sup>a</sup>                      | 25             | 26   | 17   | 14   | 3    |
| ≥ 21                                    | 35             | 12   | 6    | 2    | 0    |

<sup>a</sup>Talamanca, Buenos Aires y los condados de Upala.

Se considera que los condados con menos de 5% no tienen problemas de salud pública de detención del crecimiento. Los condados con 21% o más de niños con detención del crecimiento que ingresan a primer grado (aproximadamente 7 años) se considera que tienen altas prevalencias de detención del crecimiento. Los condados que se encuentran en las tres categorías intermedias, es decir, 6-10%, 11-15% y 16-20%, se considera que tienen tasas bajas, medias y altas, respectivamente, de prevalencia de detención del crecimiento. En 1979, no hubo condado sin detención de estatura, y 60 de los 81 condados tenían una prevalencia baja o alta de detención del crecimiento.

El cuadro 8 muestra que el estado de la estatura mejoró progresivamente justo antes del último censo de talla efectuado en 1989. De hecho, en 1989 solo tres condados fueron clasificados en la categoría de alta prevalencia de detención del crecimiento y ninguno tenía una prevalencia muy alta de esta condición; 45 tenían una baja prevalencia de detención del crecimiento. Sin excepción, todos los condados mostraron una tendencia hacia una disminución en el porcentaje de los niños con detención del crecimiento. En 1979 la mayoría de los condados tenían prevalencias muy altas de detención del crecimiento, y conforme fue pasando el tiempo cayeron en las categorías baja o de no detención del crecimiento. Los tres condados que en 1989 todavía tenían una alta prevalencia de detención del crecimiento fueron condados eminentemente rurales con poblaciones muy dispersas, predominantemente indígenas (Talamanca y Buenos Aires) o emigrantes nicaragüenses pobres (Upala).

## **Conclusiones**

Durante la primera mitad de los años setenta, la convergencia de varios factores llevaron a la decisión política de desarrollar un programa de salud y nutrición para las comunidades rurales. Las experiencias del Programa de Unidades Móviles de Salud, iniciado en la década pasada y del exitoso Programa de Combate contra la Malaria fueron utilizadas para diseñar y ejecutar el Programa Rural de Salud.

El Programa Rural de Salud se concibió para grupos de población rurales dispersos que viven aislados de los centros de población y que están menos protegidos por los servicios de salud y otros servicios proporcionados por el gobierno costarricense. Tres o cuatro años después de su inicio, el programa cubrió a más de 80% de la población destinataria, es decir, un tercio de la población costarricense total.

Se desarrolló el modelo rural de salud incorporando varios elementos del Programa de Combate contra la Malaria. Se capacitó rápidamente a personal nuevo para llevar a cabo las tareas específicas requeridas por el programa de salud en las áreas rurales. Las funciones fueron diseñadas para controlar las principales enfermedades y los factores de riesgo para la salud de la población destinataria. Una característica sobresaliente del Programa Costarricense de Salud Rural fueron las visitas a domicilio efectuadas por el personal de salud. No importaba qué tan aislado se encontraba un hogar, éste fue visitado tres o cuatro veces al año.

Mediante la estrategia de visita a domicilio, el personal de salud pudo identificar y modificar los principales problemas ambientales, así como desarrollar un proceso de educación en salud y nutrición para la familia. Mediante el diseño de actividades específicas, la adecuada selección de equipo y suministros, y una cuidadosa programación y supervisión, el personal del programa pudo identificar claramente los recursos necesarios y los costos del programa para cada área de salud. Por esta razón, el programa se expendió rápidamente y se otorgaron recursos financieros adecuados. Toda la experiencia obtenida durante los tres años del Programa Rural de Salud, junto con la observación de que el programa tuvo una repercusión positiva en las condiciones de salud de las poblaciones rurales, llevó a la decisión política de ejecutar un programa similar para los grupos urbanos desprotegidos. El nuevo programa se amplió rápidamente a los centros más poblados, así como a las capitales de las provincias y condados. De esta manera, se logró una mayor repercusión en el estado de salud de toda la población.

A mediados de los años sesenta se evaluó el estado nutricional de la población costarricense. En ese momento, se detectó una grave deficiencia

proteínocalórica, en particular entre los niños. También se identificaron otros problemas nutricionales específicos, como el yodo, el hierro y las carencias de vitamina A, ácido fólico y flúor. La mayoría de los niños mostraron algún grado de detención del crecimiento. El hecho de que las dietas fueron deficientes en estos elementos clave y que las infecciones intestinales y los parásitos fueron sumamente prevalentes contribuyó al deterioro del ya debilitado estado nutricional de la población.

En los años cincuenta comenzaron los primeros programas de entrega de productos alimenticios, de educación alimentaria y de promoción de producción de alimentos familiares a pequeña escala. A mediados de los años setenta, estos programas se extendieron rápidamente hacia las comunidades rurales. Asimismo, en ese momento se estableció la yodación de la sal común y la fortificación del azúcar con vitamina A. Las principales actividades de los programas rurales y urbanos de salud incluían control y prevención de enfermedades inmunoprevenibles (sarampión, poliomielitis, tos ferina, tétanos, difteria y tuberculosis) y prevención y tratamiento de enfermedades parasitarias intestinales. Estas actividades, juntamente con otras medidas de salud dirigidas a grupos de población de alto riesgo, contribuyeron a mejorar notablemente el estado de salud de los costarricenses, especialmente las generaciones más jóvenes. Los programas de alimentación complementaria se extendieron a los grupos de población más vulnerable.

Durante los años setenta, varios factores que no estaban relacionados con la esfera de la salud favorecieron ciertamente la extraordinaria repercusión lograda en los indicadores de salud a finales de esa década. Según L. Rosero (1984), por lo menos 40% de los cambios observados pueden ser explicados por las acciones primarias de salud emprendidas. No obstante, también se debe recordar que estos cambios notables ocurrieron en un periodo muy corto después de que se instituyeron las profundas reformas de salud.

Los programas de salud y nutrición para comunidades rurales y grupos desprotegidos de población urbana han tenido el apoyo político y financiero de diferentes gobiernos en Costa Rica durante las últimas dos décadas. Sin embargo, los programas se fueron deteriorando progresivamente. En 1995 están surgiendo de una grave crisis. Algunas de las principales limitaciones de

los programas de nutrición y salud fueron, insuficiente transporte y suministros, escasez de supervisión y falta de capacitación para el nuevo personal de reemplazo o para abrir nuevas áreas. Como resultado la tasa de mejoramiento en las estadísticas de salud ha descendido, pero las ganancias no se han revertido.

Este deterioro está relacionado con el proceso de reestructuración del gobierno costarricense, incluyendo al sector salud, que empezó en 1990 como resultado de la crisis de la deuda externa. Una premisa del proceso de reestructuración es que todos los programas de atención de salud deben estar bajo la responsabilidad y administración de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). En el marco de la atención primaria de salud, el modelo promovido por la CCSS contempla la atención integrada a los individuos, las familias y las comunidades, la delimitación de las áreas geográficas con 600 a 700 familias y el establecimiento de los equipos básicos para la atención coordinada (EBAIS). Los EBAIS están constituidos por un médico general o el médico familiar, un auxiliar de enfermería y un asistente de atención primaria de salud. En otras palabras, el modelo que ya existió en las comunidades urbanas y rurales fue reforzado por la presencia permanente de un médico. En Costa Rica se necesitan aproximadamente mil EBAIS. Actualmente, el nuevo modelo propuesto por la CCSS está siendo implementado exitosamente en varias áreas. Conforme se vaya mejorando la situación económica y se vayan renovando los compromisos del gobierno en salud, se espera que el progreso de la salud de Costa Rica continúe.

## Referencias

- Becerra-Gómez J, Cubillo CL, Robles Arias G, Serrato Chévez G, Noriega J. 1976-1977. **Programa de Salud Integral de San Antonio. Una experiencia de salud comunitaria, CCSS.** Costa Rica.
- Behm H, Barquero J. 1990. **La mortalidad de la niñez en Centro América, Panamá y Belice. Costa Rica, 1980-1989.** CELADE/INCAP/UNICEF. San José, Costa Rica.
- Behm H. Robles SA. 1988. **La mortalidad en la niñez en Centro América, Panamá y Belice.** CELADE (PAHO/WHO/UNICEF). San José, Costa Rica.
- Garro L. Dondi ME. Agüero ZR, Méndez R, Paniagua F, Laurent C. 1989. **Técnicas básicas para la atención domiciliar.** 1st ed. Ministerio de Salud/UNICEF. San José, Costa Rica.
- González-Vega C. 1985. Health improvements in Costa Rica: the socioeconomic background. In: **Good health at low cost.** Conference Report. The Rockefeller Foundation, Bellagio, Italy.
- M.E.P./OCAD/SIN (Sistema de Información en Nutrición). **Informes de Censos de talla de primer grado: 1979, 1981, 1983, 1985, 1989.** San José. Costa Rica. Ministerio de Salubridad Pública, Programas de Nutrición. Costa Rica (no date). D5806 (BINASSS).
- Ministerio de Salud. 1973a. **Plan Nacional de Salud. 1974-1980.** Ministerio de Salud. Costa Rica.
- Ministerio de Salud. 1973b (Mayo). **Programa de Salud en comunidades del área rural de Costa Rica.** San José. Costa Rica.
- Ministerio de Salud. 1975 (Julio). **Proyecto de Salud Comunitaria para el área urbana** Costa Rica.
- Ministerio de Salud. 1976. **Sistema de Información del Programa de Salud Rural de Costa Rica.** San José. Costa Rica.
- Ministerio de Salud. 1978a. **Costa Rica: extensión de los servicios de salud.** International Conference on Primary Health Care, Alma Ata. USSR.
- Ministerio de Salud. 1978b. **Encuesta Nacional de Nutrición, 1978.** San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud. 1979 (April). Departamento de Nutrición. Programa de alimentación y nutrición. Proyecto de evaluación técnico administrativa. Primera etapa. San José, Costa Rica.

Novigrodt Vargas RM. 1986. **Comedores escolares y su relación con el Ministerio de Salud**. Ministerio de Salud, Departamento de Nutrición y Atención Integral.

Ortiz Guier JG. 1974 (July). **Salud Rural. Area programática piloto**. San Ramón, Palmares y Alfaro Ruiz. San Ramón.

Pérez C. Salazar-Baldioceda A. Tandon OB, Scrimshaw NS. 1956. Endemic goiter in Costa Rican school children. *Am J Publ Health* 46 1283-1286.

Rosero L. 1983. **Social and economic policies and their effects on mortality**. Seminar on Social Policy and Health Policy and Mortality Prospects, Paris, IVSSP-INI.D.

Sáenz L,. 1985a. **Salud sin riqueza: el caso de Costa Rica**. Ministerio de Salud. San José, Costa Rica.

Sáenz L,. 1985b Health changes during a decade: the Costa Rican case. In: **Good health at low cost**. Conference Report. The Rockefeller Foundation, Bellagio, Italy.

Sandiford P, Morales P, Gorter A. Coyle E Smith GD. 1991. Why do child mortality rates fall? An analysis of Nicaraguan experiences. *Am J Pub Health* 81:30-37.

Sistema Nacional de Salud. 1990. **Costa Rica. La salud en cifras**. San José, Costa Rica.

Valverde V, Vinocur P, Salazar S, Rojas Z. 1981. Relación entre la prevalencia de retardo en talla en escolares e indicadores socioeconómicos a nivel de cantón en Costa Rica. INCAP, *Bol Informativo SIN* 10(2).4-10.

Vargas W. 1976. Programas de nutrición aplicada en zonas rurales de Costa Rica. *Carnets de la infancia* No, 35.

Vargas W. 1977. El Programa de Salud Rural de Costa Rica: un modelo para poblaciones marginadas. *América Indígena* 37(2): 333-365.

Villegas H. 1978. Costa Rica: recursos humanos y participación de la comunidad en los servicios de salud del medio rural. *Bol Of Sanit Panam* 84:12-23.

Villegas H. Ozuna J. 1979. Extensión de los servicios de salud de Costa Rica. In: **Condiciones de salud del niño en las Américas, Anexo 11**. Scientific publication No. 381 ,PAHO/WHO.

Trejos JD. 1990 (May). **Pobreza y política social en Costa Rica**. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Doc. No. 1.

## **Bibliografía**

CELADE. 1987. **Costa Rica: los grupos sociales de riesgo para la sobrevivencia infantil, 1960-1984**. CELADE Serie A, No. 1049, San José. Costa Rica.

Díaz-Amador C. 1981. **Situación nutricional de la población costarricense**. In: **Análisis de la situación alimentaria nutricional en Costa Rica**. Ministerio de Salud, Costa Rica.

Mata L, Rosero L. 1988. National health and social development in Costa Rica: a case study of intersectoral action. *Technical paper No. 13* PAHO/WHO.

McHugh A. 1990. **Situación sociolaboral y acceso a los servicios de salud: el estado de los programas de salud rural en Costa Rica**. Contribuciones No. 7. Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad de Costa Rica.

Ministerio de Salud. 1980a. **Encuesta Nacional de Nutrición. 1978**. Informe sobre hallazgos antropométricos, lactancia materna, alimentación suplementaria y uso de servicios del Ministerio de Salud. San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud. 1980b. **Sistema de Información en Nutrición**. Encuesta Nacional de Nutrición. 1978. Aspectos socioeconómicos de la nutrición. San José, Costa Rica.

Rosero L. 1984. **Factores asociados con la mortalidad infantil en Costa Rica, 1961-1975**. In: **Mortalidad y fecundidad en Costa Rica**. San José: Asoc. Demográfica Costarricense.

Sáenz L, Meneses R, Martínez H, Hilje C, Murillo M. **Salud en Costa Rica. 1981**. **Evaluación de la situación en la década de los años 70**. Ministerio de Salud, Costa Rica.

Vargas W, Quesada E, Carrillo G. 1972. **Manual para el Asistente (Auxiliar) de Salud Rural**. Ministerio de Salud. Casa Gráfica, San José, Costa Rica.

Villegas H, Valverde CA. 1980. Tendencia de la esperanza de vida en Costa Rica. *Bol Of Sanit Panam* 29:189-194.

Villegas H, Vargas W. Alfaro L. Amat A. 1974. **Programa de salud para comunidades rurales**. Ministerio de Salud. San José. Costa Rica.

# 4. Evolución del perfil epidemiológico

## Introducción

La salud ha sido un recurso sumamente valorado en la cultura de Costa Rica, y durante todo el siglo XX el gobierno ha prestado una creciente atención para mejorar la salud del país. La intervención del gobierno en la salud fue particularmente exitosa durante los años setenta, cuando las políticas y estrategias de salud se centraron, principalmente, en la protección de los grupos humanos más vulnerables y sin protección. Durante ese periodo, los recursos se emplearon para resolver los problemas más vulnerables con tecnología disponible. Los resultados de estas acciones fue el mejoramiento sustancial de la salud pública y el proceso acelerado de transición epidemiológica, bajo el cual las patologías que caracterizan el subdesarrollo dieron lugar a las enfermedades prevalentes en los países desarrollados en la ausencia de un crecimiento económico equivalente. Bajo estas condiciones, la mortalidad entre los jóvenes descendió considerablemente y se desplazó hacia los subgrupos de mayor edad. Esto iba acompañado de una disminución en las enfermedades infecciosas y un aumento de las enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares y cáncer, y de muertes accidentales y violentas. Éstas últimas actualmente constituyen aproximadamente 60% de todas las defunciones. Además, la tasa de crecimiento demográfico anual, que en los años sesenta fue la segunda más alta en el mundo: 4% descendido sustancialmente a 2,5%. La tasa de fecundidad también descendió y alcanzó 19/1.000 hacia finales de los años ochenta. Como consecuencia de estos cambios, la población envejeció, por tanto, la estructura de edad se modificó. Mientras que la proporción de la población menor de 15 años de edad descendió de 45,7% al inicio de los años setenta a 36,5% a finales de los años ochenta, la proporción de edad de 50 años y más incrementó de 10 a 12% durante el mismo período.

Con el objeto de comprender mejor esta transición y su aceleración durante ese decenio, es importante revisar los antecedentes y aspectos

sobresalientes de esa evolución. Si bien habría sido ideal tener datos de morbilidad para hacer tal análisis, esto no es posible, porque los datos de las visitas médicas y los egresos del hospital no se obtienen fácilmente durante todo el periodo y quizás no sean suficientemente confiables. Aunque los sistemas de vigilancia epidemiológica que han estado funcionando durante las últimas dos décadas continuamente proporcionan información sobre aquellas enfermedades que tienen que ser notificadas habitualmente, información similar sobre un considerable número de otras enfermedades no está disponible. Por estas razones la mayoría de las estadísticas presentadas en este capítulo se basan en los cálculos de mortalidad obtenidos de los informes anuales y documentos internos del Ministerio de Salud, y de los informes anuales y otros documentos de la Dirección General Censos y Estadísticas. Aunque durante los primeros decenios de este siglo hubo problemas de notificación insuficiente y uso de una nomenclatura distinta de enfermedades que complicó su interpretación, los registros de nacimientos y muertes han mejorando constantemente. De hecho, durante las últimas cuatro décadas, su calidad y cobertura han sido satisfactorias, y han sido particularmente confiables durante los últimos tres decenios. Una estimación de 1% de los nacimientos se registra con retraso' 5% de las muertes no se registran o se registran con demora, y 71% de las defunciones están documentadas con un certificado médico. Durante los últimos 15 años, ha disminuido considerablemente la proporción de informes con una definición incorrecta de la causa de muerte.

Desde el comienzo de este siglo, los cálculos de mortalidad generales e infantil han permitido que la evolución de estos fenómenos de salud esté documentada y sacar conclusiones generales sobre la posible repercusión de las políticas y estrategias de salud. En casi todo de este siglo, la mortalidad infantil, uno de los indicadores más sensibles, ha representado una proporción altamente significativa del total de muertes.

## Etapas de un proceso

Para facilitar el análisis de los sucesos que han tenido lugar en el área de la salud durante este siglo, el autor considera que es conveniente dividirlos en varias etapas, con base en características específicas que incluyen el comportamiento de los indicadores de salud, así como la situación socioeconómica y la respuesta de las instituciones del país a lo que en ese momento se consideraron los problemas de salud más importantes:

- En una etapa inicial, que cubre las primeras cuatro décadas de este siglo, las tasas de mortalidad fueron altas y variables, con un claro predominio de las enfermedades infecciosas y parasitarias entre los niños menores de 5 años. Las actividades de salud prevalentes incluyeron la creación e institucionalización de las entidades cuya misión iba a resolver problemas específicos.
- Entre 1940 y 1970 se puede observar una clara disminución en la mortalidad, al mismo tiempo que las enfermedades infecciosas y parasitarias continuaron siendo prevalentes. Durante esta etapa, las acciones de salud se centraron en el enfoque de tratamiento.
- Durante los años setenta, se observó una notable disminución en la mortalidad y morbilidad a causa de infecciones y parásitos en todos los grupos de edad. Durante esta etapa, un conjunto cohesivo de políticas y estrategias de salud orientaron las actividades, siguiendo un enfoque preventivo amplio.
- Durante los años ochenta, el país sufrió la peor crisis socioeconómica y el gobierno redujo los recursos asignados al sector salud. Mientras que en la primera mitad de los años ochenta se redujo la tasa de disminución de la mortalidad, durante la segunda mitad de la década pasada se observó una gran mejoría en los indicadores de salud, y coincidiendo con una

resolución de la crisis, un aumento moderado en la asignación de recursos y la descentralización continua del sector salud.

- El último decenio de este siglo será la etapa final. Las tendencias observadas durante la última década permiten predecir la probable evolución del estado de salud y principales causas de muerte en todos los grupos de edad y regiones geográficas, suponiendo que nuevos factores no causan una desviación de las tendencias pasadas.

## Las primeras cuatro décadas del siglo

Durante los primeros cuatro decenios de este siglo, la situación de la salud se caracterizó debido a las altas tasas de mortalidad entre los infantes y la población en su totalidad, y por un comportamiento irregular de estos indicadores. La tasa de mortalidad general descendió solo de 24,0 a 17,1/1.000, tasa promedio anual de reducción de 0,7%. Las tasas de mortalidad variaron ampliamente, en particular durante las primeras tres décadas, alcanzando tasas tan altas como 28,7/1000 en 1920 (Sáenz, 1990). Es notorio que el aumento de la mortalidad ocurrido entre 1900 y 1920 (4,7/1.000) es mayor que la tasa de mortalidad total registrada en el país durante 1980 (4,1/1.000).

La mortalidad infantil siguió un patrón similar, caracterizado por un aumento durante los decenios iniciales que alcanzaron 248 muertes infantiles por 1.000 nacidos vivos en 1920. La reducción de la mortalidad infantil durante esta etapa fue solo 0,8% al año. Tradicionalmente, la desnutrición y los ambientes insalubres se han asociado con tasas de mortalidad altas entre los niños de 5 años de edad. Durante esta etapa, la mortalidad de niños menores de cinco años fue muy alta, y en vez de descender, aumentó de 47 a 52%. Por el contrario, la mortalidad entre las personas de 50 años o más fue muy baja, porque solo 23% de la población alcanzó esta edad. Sin embargo, la esperanza de vida al nacer aumentó de 35,1 años en 1910 a 46,9 años en 1940.

La mortalidad causada por enfermedades infecciosas y parasitarias constituyeron el principal problema de salud, representando 65% de todas las muertes en 1920. El comportamiento de este parámetro fue muy irregular, y su tasa varió entre 186,1 y 81,3/10.000, con una tasa anual de reducción de solo 0,6% entre 1910 y 1940. Los parásitos intestinales, la malaria, la tuberculosis y las infecciones respiratorias representaron una gran proporción de las muertes durante este periodo.

La economía nacional, que fue muy vulnerable en esta etapa, sufrió una serie de crisis que condujeron a la caída del sistema económico liberal y el empobrecimiento económico del país, que afectó más gravemente a los grupos de bajos ingresos. La clase media emergente no pudo satisfacer sus expectativas de mejoramiento, muchos trabajadores de pequeñas tierras perdieron su terreno y las personas que recibían un ingreso constante, perdieron su trabajo o sufrieron una reducción neta en sus salarios (Rosero, 1984). El nivel educativo fue muy bajo, con una tasa de analfabetismo de 54,8% al comienzo de este periodo, descendiendo a 26,7% hacia el final.

La mayoría de las actividades de bienestar relacionadas con la salud fueron emprendidas por el sector privado y organizaciones de caridad. El gobierno recaudó un "impuesto de bienestar" que se utilizó para financiar los hospitales existentes que eran administrados por organizaciones formadas por líderes comunitarios; de hecho, estas organizaciones actuaron con bastante autonomía. Además, varios condados del país tenían centros de salud que brindaban a las personas pobres atención médica y servicios preventivos para el control de epidemias.

La política de salud preventiva se orientó hacia la legislación y la creación de organizaciones para la resolución de problemas específicos. Este proceso culminó en 1927 con la creación del Ministerio de Salud Pública y Protección Social.

## El período entre 1940 y 1970

La mortalidad disminuyó considerablemente entre 1940 y 1970 (abajo de 17,1 a 6,6/1.000, durante estos 30 años, representando una tasa promedio de reducción anual de 2,1%) que la mortalidad infantil (abajo de 132,4 a 61,5/1.000, representando una tasa promedio de reducción anual de 1,8%). La mortalidad de niños menores de 5 años permaneció alta, pero no obstante, disminuyó de 51,8 a 40,9%, mientras que la mortalidad entre las personas de 50 años y más incrementó de 22,9 a 41,6%. La esperanza de vida al nacer aumentó de 46,9 años al comienzo del periodo a 68,1 entre 1965 y 1970.

La mortalidad a causa de infecciones y parásitos empezó a descender. Las enfermedades infecciosas y parasitarias constituyeron 47,6% de las muertes totales en 1940 y 20,5% en 1970. La prevalencia de estas enfermedades descendió de 81,3/10.000 en 1940 a 13,6/10.000 en 1970, representando una tasa anual de reducción de 2,8%. La malaria descendió tanto que para finales de esta etapa se consideró prácticamente erradicada.

En contraste, los accidentes de vehículos automotores se convirtieron en una causa importante de muerte. Durante este periodo, en particular durante los años cincuenta, la economía creció de una manera sostenida y sólida, y se adoptó un nuevo estilo de desarrollo. El gobierno extendió su campo de acción y adoptó políticas que le permitieron proporcionar una gran cantidad de trabajos y asignar una importante cantidad de recursos para la provisión de los servicios públicos. El analfabetismo descendió de 26,7% a 11,2%.

Los enormes adelantos tecnológicos ocurridos en todo el mundo proporcionaron insecticidas útiles para combatir a varios portadores de agentes patógenos, nuevas vacunas para la prevención de algunas enfermedades y medicamentos eficaces para tratar las enfermedades, así como equipo nuevo y mejor para el diagnóstico y tratamiento. Este periodo representa el comienzo y rápido desarrollo de la era de los antibióticos.

El gobierno de Costa Rica definió un grupo de políticas sociales. Entre ellas, merece especial atención las que condujeron a la creación y ampliación de la Caja Costarricense de Seguro Social. La cobertura de salud se amplió con la construcción de los nuevos hospitales y el reemplazo de los antiguos hospitales

que fueron incapaces de satisfacer la demanda. Permaneció una serie de organizaciones de salud gubernamentales, privadas y voluntarias, que no fueron coordinadas adecuadamente, aun cuando recibieron algún financiamiento del gobierno (Sáenz, 1983).

A pesar de que las políticas de salud todavía se fundamentaban en el enfoque curativo, según lo indica el hecho de que 80% del presupuesto se asignó a la atención hospitalaria, se creó la legislación para proteger la salud pública, se crearon nuevas entidades especializadas para la salud preventiva, así como nuevas organizaciones a nivel local.

## **La década de los años setenta**

Durante este período, la evolución de la situación de la salud en Costa Rica adoptó características especiales. El mejoramiento de la salud fue mucho mayor de lo que se había previsto con base en las tendencias anteriores y el crecimiento de la economía nacional. La mortalidad descendió en todos los grupos de edad, pero esta disminución fue particularmente fuerte en los niños. Como resultado, se aceleró el proceso de transición epidemiológica. Hubo una disminución espectacular absoluta y proporcional en la mortalidad asociada con infecciones y parásitos, y un aumento proporcional de las enfermedades de los adultos y los ancianos. Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer se convirtieron en las dos causas principales de muerte, seguidas por las muertes accidentales y violentas.

### **Los indicadores más afectados**

En contraposición con el periodo anterior, la mortalidad infantil descendió más que la mortalidad general, y la mortalidad neonatal se convirtió en el componente más grande de la mortalidad infantil. La proporción de la mortalidad entre las personas de 50 años o más incrementó considerablemente y la esperanza de vida al nacer incrementó a 73 años hacia 1975-1980. La incidencia de las enfermedades transmisibles prevenibles disminuyó singularmente y en el país no se han reportado casos de poliomielitis desde 1974 ni de difteria desde 1977. Con estos logros, la mayoría de las metas

propuestas en la iniciativa "Salud Para Todos en el año 2000" se lograron 20 años antes de la fecha límite. El comportamiento de los principales indicadores de salud durante este periodo se analiza en las siguientes secciones.

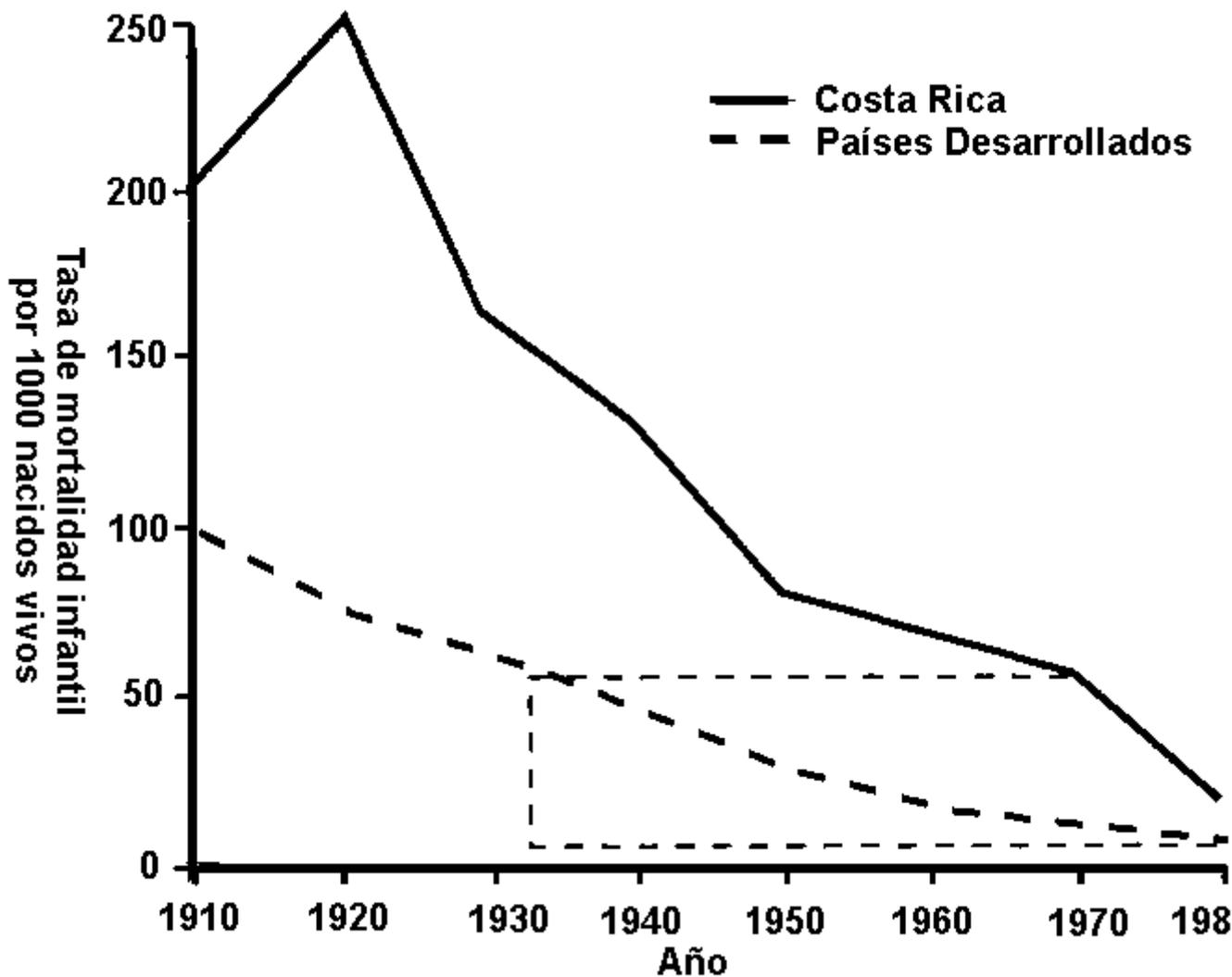
### **Mortalidad general**

La mortalidad general descendió de 6,6 a 4,1/1.000. Además de la reducción de las tasas de mortalidad, también cambiaron las principales causas de mortalidad. Mientras las enfermedades infecciosas y parasitarias pasaron del segundo al octavo lugar, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer se convirtieron en las primeras y segundas causas de muerte, respectivamente. La prematuridad y algunas enfermedades de la infancia temprana se movieron hasta el cuarto lugar, y las anomalías de nacimiento ocuparon el quinto lugar. Entre las primeras cinco causas específicas de muerte, la mortalidad por diarrea pasó del segundo al séptimo lugar y la neumonía y bronconeumonía del cuarto al quinto lugar.

### **Mortalidad infantil**

La mortalidad infantil descendió durante el decenio de 61,5 a 19,1/1.000 nacidos vivos. La tasa de disminución fue de 7,7% anual en la primera mitad del decenio y 9,9% en la segunda mitad, una reducción espectacular, si se compara con la disminución de 1,1% durante la década anterior. Una comparación de las tendencias de mortalidad infantil entre 1930 y 1980 en Costa Rica con aquellas observadas en los países desarrollados (un promedio de Dinamarca, Noruega, Holanda, Suecia, Francia, Inglaterra y Gales, y los Estados Unidos) muestra que para 1930 las naciones más avanzadas ya habían alcanzado la tasa de 63/1.000 que se encontró en Costa Rica en 1970 (figura 1). La disminución de esta tasa a 18 por 1 000 en los países desarrollados requirió de más de tres decenios; Costa Rica tuvo esta misma reducción en menos de 10 años. Esto ilustra la enorme velocidad con que descendió la tasa de mortalidad infantil en Costa Rica como resultado de las políticas y programas adoptados en 1972.

**FIGURA 1 Mortalidad infantil en Costa Rica, comparada con la de los países desarrollados, 1910-1980**

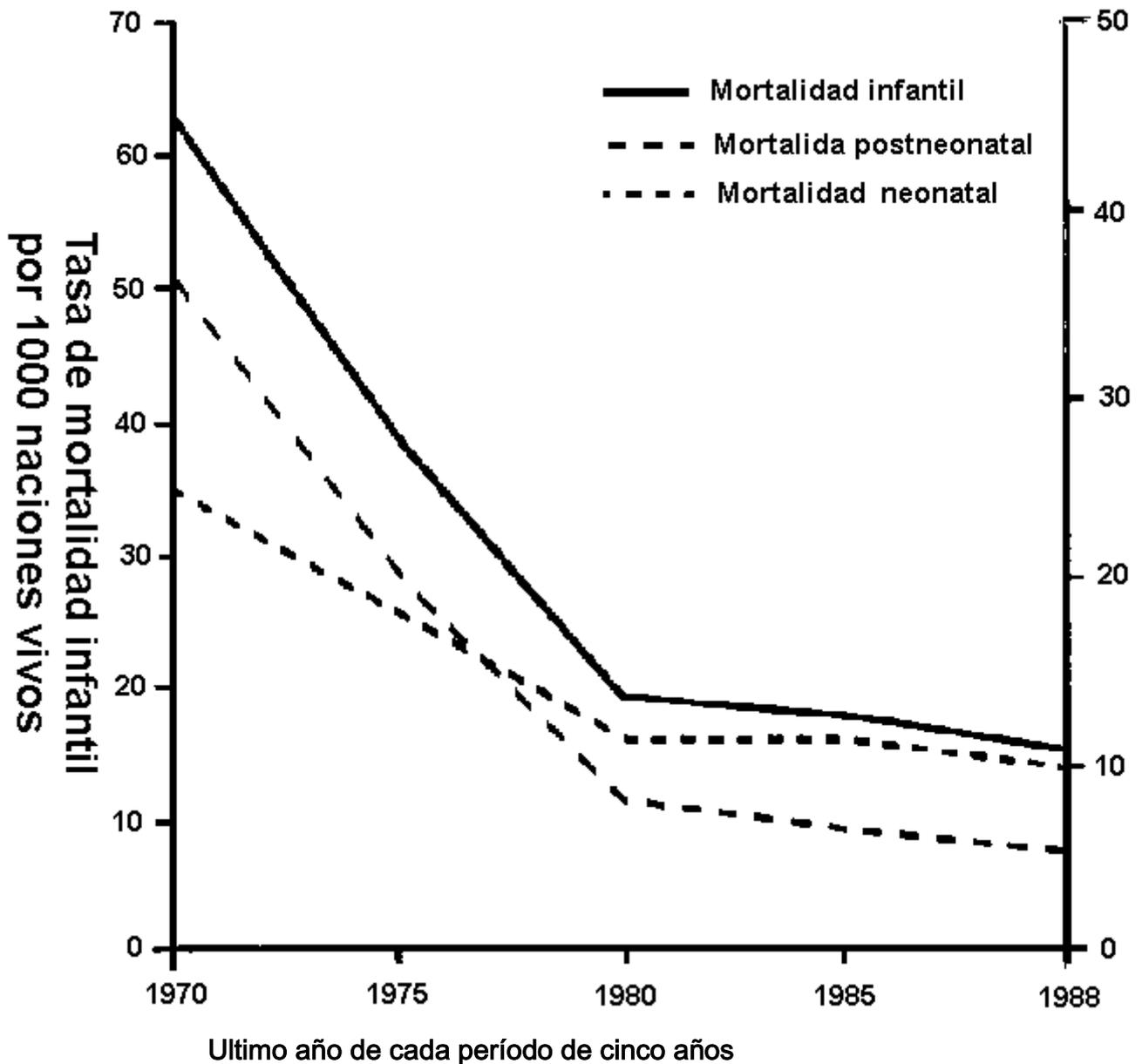


Esta reducción tuvo mayor efecto sobre la mortalidad postneonatal, que descendió durante el decenio de 36,3 a 7,9/1.000 nacidos vivos (una disminución anual de 7,8%). Por el contrario, la mortalidad neonatal descendió de 25,2 a 11,2/1.000 (una disminución anual de 5,6%), según se muestra en la figura 2.

Considerando que estos indicadores representan los promedios nacionales y que existen amplias variaciones entre los condados en lo que se refiere a la calidad de vida, es importante estudiar los modelos de mortalidad infantil a nivel de condado, donde esta información está disponible empleando las tasas trienales, para evitar influir en los resultados, debido al bajo número de nacimientos y muertes en una población pequeña. El cuadro I presenta los modelos de 1972-1988. Este cuadro, así como la figura 3, muestran que durante este periodo hubo una disminución en la mortalidad infantil en los

condados de todo el país, lo que refleja los esfuerzos que se hicieron para lograr una mayor equidad en la provisión de los servicios de salud.

**FIGURA 2 Indicadores de mortalidad infantil en Costa Rica, 1970-1988**



Durante 1972-1974, la tasa promedio nacional de mortalidad infantil fue 44/1.000, con un intervalo de 20 a 69,9/1.000 en 85% de los condados. Diez por ciento de los condados que tenían una calidad de vida inferior tenía una tasa de mortalidad infantil de 70/1.000. Entre 1975 y 1977, el promedio nacional fue 32,8/1.000 y la propagación del intervalo se redujo. El intervalo en 85% de los condados fue 10 a 49,9/1.000, y solo 6,4% de ellos tenía una tasa de 50/1.000 o más. Finalmente, entre 1980 y 1982, el promedio nacional fue

19,5/1.000, con 96,4% de los condados que descendía entre 10 y 29,9/1.000 y solo 2,4/1.000 con 30/1.000 o más.

En esta década, las anomalías de nacimiento, la inmadurez y ciertas enfermedades infantiles tempranas se convirtieron en las principales causas de muerte entre este grupo de edad. Entre las principales causas específicas de muerte, la gastroenteritis y la colitis pasaron del primero al quinto lugar, representando una reducción de 16,7 a 1,4/1.000.

#### **Mortalidad entre los niños de uno a cuatro años de edad**

La mortalidad de niños de uno a cuatro años de edad descendió rápidamente de 5.1 a 1,0/1.000 entre 1970 y 1980. La tasa anual de reducción aumentó de 4,7% durante los últimos cinco años de la década anterior a 11,8% durante la primera mitad de los años setenta. Los accidentes y la violencia en niños de uno a cuatro años de edad, se convirtieron en las principales causas de muerte, representando 20% de las muertes en este grupo de edad, comparado con 5,5% antes de este periodo.

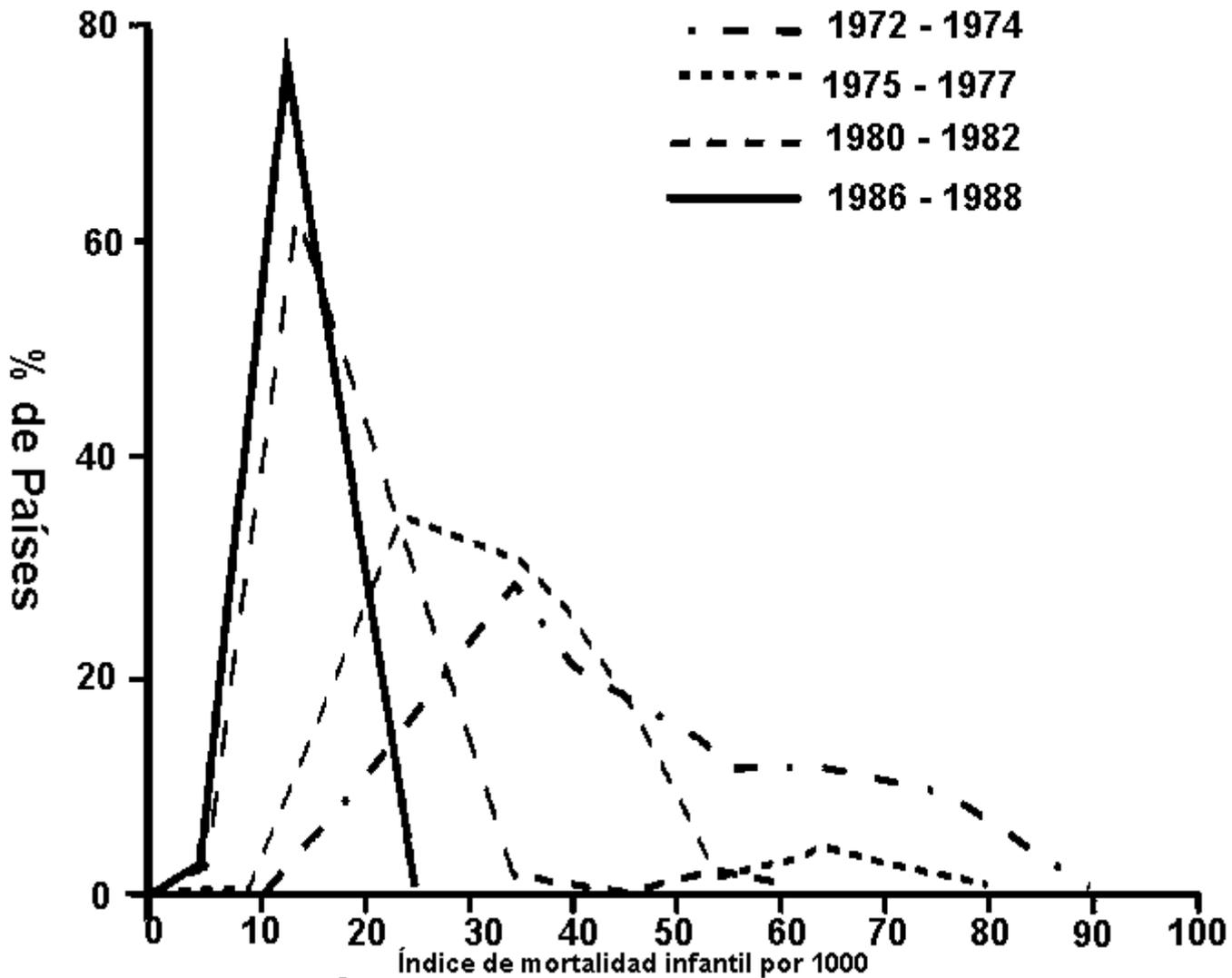
#### **CUADRO 1**

#### **Tasas de mortalidad infantil en los condados de Costa Rica**

| Tasa por mil nacidos vivos | No. de condados donde se registraron tasas |      |           |      |           |      |           |      |
|----------------------------|--|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|
|                            | 1972-1974                                  |      | 1975-1977 |      | 1980-1982 |      | 1986-1988 |      |
|                            | No.  | %    | No.       | %    | No.       | %    | No.       | %    |
| <10                        | 0  | 0    | 0         | 0    | 1         | 1.2  | 2         | 2.5  |
| 10.00-19.99                | 4  | 5.1  | 8         | 10.5 | 51        | 63   | 627       | 6.5  |
| 20.00-29.99                | 13   | 16.4 | 27        | 34.2 | 27        | 33.4 | 17        | 21.0 |
| 30 00-39.99                | 22   | 27.8 | 24        | 34.2 | 27        | 33.4 | 0         | 0    |
| 4000-49.99                 | 14   | 17.7 | 15        | 19.0 | 1         | 1.2  | 0         | 0    |
| 50.00-59.99                | 9  | 11.4 | 1         | 1.3  | 1         | 1.2  | 0         | 0    |
| 60.00-69.99                | 9  | 11.4 | 1         | 1.3  | 1         | 1.2  | 0         | 0    |
| 70.00-79.99                | 7  | 8.9  | 1         | 1.3  | 0         | 0    | 0         | 0    |
| >80                        | 1  | 1.3  | 0         | 0    | 0         | 0    | 0         | 0    |
| Nacional                   | 44.1                                       |      | 32.8      |      | 19.5      |      | 17.3      |      |

Fuente: Anuarios y tabulaciones de la Dirección General de Estadística y Censos, y del Departamento de Estadística de la Unidad Sectorial de Planificación del Ministerio de Salud.

**FIGURA 3 Mortalidad infantil en los condados de Costa Rica, 1972-1974, 1975-1977, 1980-1982, 1986-1988**



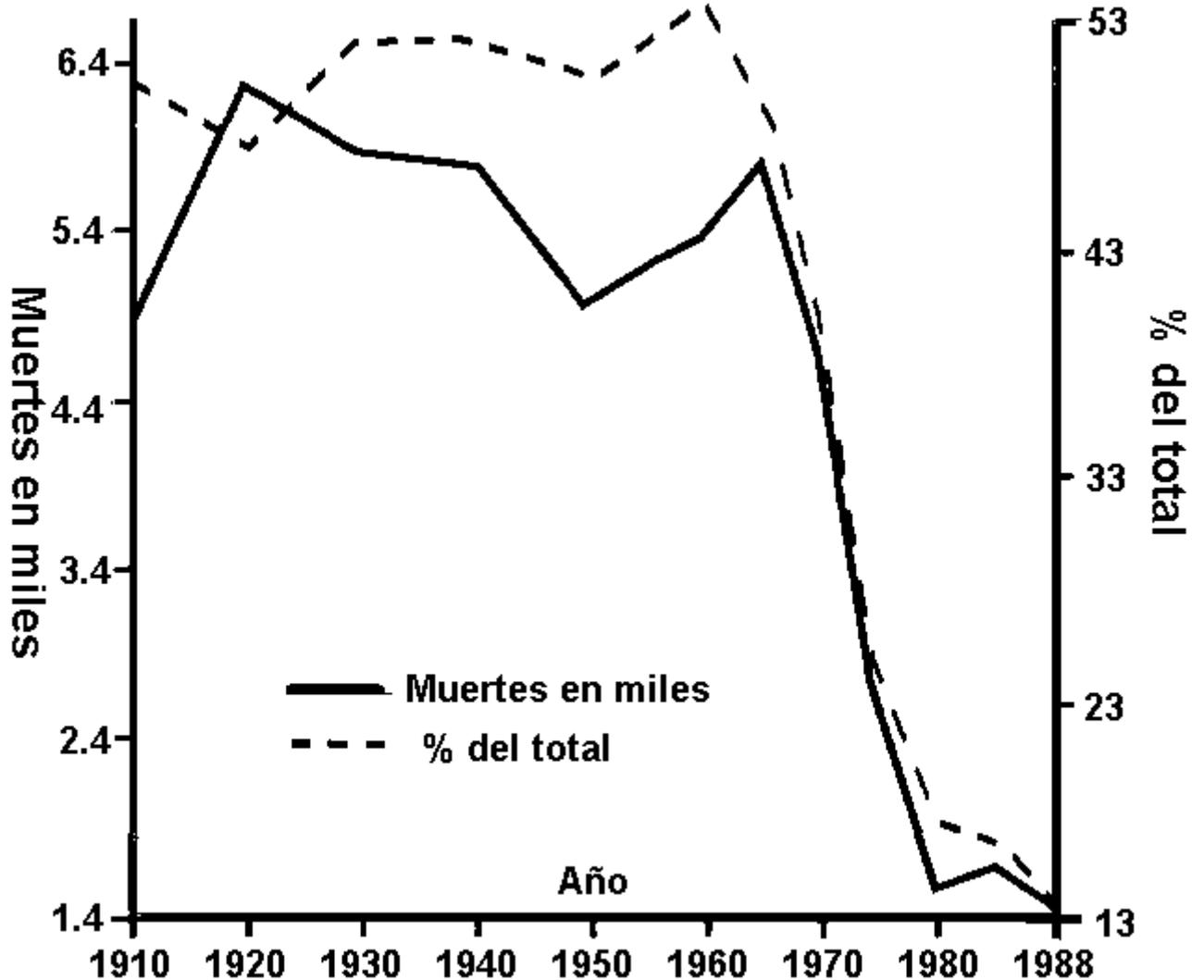
Las anomalías de nacimiento se movieron del undécimo a la cuarta causa principal de muerte, debido a que la tasa de mortalidad por anomalías de nacimiento aumentó de 0,4 a 1,1/10.000. Entre las principales causas específicas de muerte, la gastroenteritis y la colitis pasaron del primero al quinto lugar, representando una reducción de 11,9 a 0,74/10.000.

#### Mortalidad entre los niños menores de 5 años

Entre 1970 y 1980, el porcentaje de la mortalidad general debida a la mortalidad entre los niños menores de 5 años descendió de 41 a 17%, al

mismo tiempo que su tasa descendió 32,5% durante la primera mitad y 37,7% durante la segunda mitad del decenio. La figura 4 muestra la caída de la desviación cuando se compara con las tendencias en las décadas anteriores.

**FIGURA 4 Mortalidad de niños menores de cinco años en Costa Rica, 1910-1988**



#### Enfermedades infecciosas y parasitarias

La disminución en las muertes atribuidas a las enfermedades infecciosas y parasitarias fue tan notable que representó una reducción de 92% (de 13,6 a 1,5/10.000). La proporción de las muertes totales explicadas por estas enfermedades descendió de 20,5% a solo 3%. Entre las enfermedades infecciosas y parasitarias que fueron particularmente importantes al comienzo del decenio fueron: septicemia, tétanos, tuberculosis, áscaris y las enfermedades diarreicas. Éstas últimas descendieron de 7,0 a 0,5/10.000 y se

movieron del segundo al séptimo lugar en la jerarquización de las causas de muerte. La proporción de las muertes totales explicadas por estas enfermedades descendió de 10,5 a 1,2%.

Las mejoras en el registro de enfermedades que por ley se tuvieron que reportar a finales de los años sesenta, además de la implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica al inicio de los años setenta, permitió evaluar la notable reducción que tuvieron las inmunoprevenibles. La tasa del sarampión descendió de 262,5 a 44,5/100.000 entre 1970 y 1980. Durante el mismo período, la tasa de latos ferina descendió de 74,4 a 39,3/100 000y La tasa del tétanos de 4,9 a 0,1/100.000. La tasa de la tuberculosis también descendió de 28,6 a 19,6/100.000. La poliomielitis y la difteria fueron erradicadas mediante la inmunización durante este periodo. La morbilidad que pudo ser prevenida a través del mejoramiento en el saneamiento básico también descendió considerablemente. Las tasas de tifoidea fueron de 3,6 a 0,2/100.000, de paratifoidea de 0,5 a 0,2/100.000, de salmonelosis de 13,4 a 0,9/100.000 y de shigelosis de 18,4 a 0,2/100.000.

#### **Mortalidad entre los niños 5 a 14 años de edad**

Las tasas de mortalidad entre niños de 5 a 14 años de edad también descendido sustancialmente de 9,0/10.000 en 1970 a 4,6/10.000 en 1980. La tasa anual de reducción de mortalidad en este grupo aumento de 0,4% en los cinco años anteriores a 7,5% durante la primera mitad de esta década. Durante este período, la tasa de las enfermedades diarreicas descendió de 7 a 0,1/1.000 y se movió del segundo al duodécimo lugar en la jerarquización de las causas de muerte; el sarampión mostró un patrón similar. Por el contrario, los tumores malignos se movieron del quinto al segundo lugar y las anomalías de nacimiento del decimoséptimo al quinto lugar. Los accidentes y la violencia continuaron siendo las principales causas de muerte, aumentando de 1,6 a 2,0/10.000, causando también una mayor proporción de las muertes (de 16,9% a 42,5%).

### **Mortalidad entre la población de 15 a 49 años de edad**

Las tasas de mortalidad entre la población de 15 a 49 años de edad también disminuyeron, aunque en menor grado que la mortalidad de infantes y niños, de 20/10.000 en 1970 a 15,1/10.000 en 1980. Para este grupo de edad, los accidentes y la violencia fueron las principales causas de muerte, pero las enfermedades degenerativas crónicas también constituyeron una causa principal de muerte. La cardiopatía isquémica se movió del cuarto al segundo lugar como causa de muerte, y la enfermedad cerebrovascular SC movió del quinto al tercero. La mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas se movió del duodécimo al sexto lugar.

**Mortalidad entre la población de 50 años de edad o más** A pesar de que la mortalidad entre las personas de 50 años o más descendió de 28,7/1.000 en 1970 a 22,6/1.000 en 1980, la proporción de muertes en la población total atribuida a este grupo de mayor edad, incrementó de 41,8 a 61,4%. Las causas de muerte en este grupo de edad fueron similares a las del grupo de 15 a 49 años de edad, con predominio de las enfermedades degenerativas crónicas. La neumonía y la bronconeumonía se movieron del cuarto al sexto lugar, y su tasa descendió de 2,0 a 0,9/1.000.

### **Patrones del estado nutricional**

Las encuestas nutricionales efectuadas en el país entre 1966 y 1975 mostraron una pequeña reducción en la proporción de los niños desnutridos menores de seis años. La proporción descendió de 57,4 a 53,2% (utilizando la clasificación de Gómez)<sup>1</sup> y la proporción de niños con II y III grados de desnutrición, descendió de 13,7 a 12,3%. Sin embargo, una encuesta realizada tan solo tres años después, es decir en 1978, mostró tasas reducidas de 45% para niños desnutridos y 8,7% para niños con II y III grados de desnutrición. Cuatro años más tarde, en 1982, una nueva encuesta registró una tasa de desnutrición general de 34,2% y una tasa de 3,6% de niños con II y III grados de desnutrición. Esta encuesta también mostró que 88,7% de los niños menores de seis años tuvo un adecuado peso-para-talla.

<sup>1</sup>Grado I 75-90%, grado II 60-75%, grado III < 60% del peso-para-edad normal.

En 1966, la prevalencia de bocio endémico y la deficiencia de retinol fue 18 y 32%, respectivamente. Durante los años setenta, estos dos trastornos nutricionales se controlaron a tal grado que ya no se consideraron un problema de salud pública.

### **Factores que pudieron haber sido responsables del éxito**

Desde los años cincuenta, las economías de los países centroamericanos han crecido a un ritmo constante. La prosperidad del sector de exportación facilitó el comercio libre mutuo de los productos regionales, que a su vez favorecieron un intenso proceso de industrialización. La importancia del sector extranjero de comercio creció durante las dos décadas siguientes. Este sector empezó a cambiar su estructura al incluir entre sus exportaciones una serie de productos no tradicionales y mediante la ampliación de las importaciones de productos intermediarios, así como de productos nacionales. El producto nacional bruto (PNB) aumentó considerablemente, y surgió una clase media, asociada con la urbanización progresiva, mayor importancia de las actividades económicas secundarias y mayor diversificación del sector productivo. Sin embargo, las nuevas clases económicas y sociales simplemente reemplazaron a las anteriores, mediante un proceso de cambio y modernización que no amenazó la estructura económica existente (Sáenz, 1988).

Durante los años setenta, la situación en Costa Rica fue similar a la del resto de Centroamérica. El PNB mostró un incremento sustancial de EEUU\$656 a EEUU\$892 y los gastos de salud del gobierno aumentaron de 5,1 a 7,6% del PNB. No obstante, las mejoras de la salud en Costa Rica durante esa década fueron tan notables y tan diferentes a las encontradas en otros países centroamericanos, que los factores económicos por sí solos no se pueden relacionar con el notable mejoramiento en el estado de la salud.

Con base en un modelo desarrollado por las Naciones Unidas para estudiar los factores determinantes de fecundidad, es posible establecer, para diferentes indicadores económicos, sociales y demográficos, la correspondencia del valor de cada indicador con un índice teórico del desarrollo con intervalos que varían de 0 a 100. Al utilizar este modelo con siete

indicadores económicos y tres indicadores sociales, Rosero (1985) calculó la proporción de la mortalidad infantil que podría atribuirse a cada indicador en Costa Rica entre 1950 y 1980. Al comparar las tasas esperadas con las tasas observadas, es posible notar una tendencia de mejoramiento, tanto para la mortalidad infantil observada como para los dos grupos de indicadores esperados. Esta tendencia, sin embargo, cambia en forma aguda en 1970 porque el mejoramiento en la mortalidad infantil se acelera precipitadamente, mientras que los dos grupos de indicadores continúan siguiendo la tendencia pasada.

En vista de la discrepancia entre los patrones de salud y los indicadores sociales y económicos en Costa Rica, al compararlos con otros países en la región, es importante evaluar la función del gobierno en estos resultados positivos de la salud. Este tema se resume en la siguiente discusión.

Al inicio de la década pasada, se formuló una Política de Salud y un Plan Nacional de Salud, con base en el concepto de "reducir las diferencias sociales" propuestas en el Plan Nacional de Desarrollo. Los resultados del Plan Nacional de Salud fueron:

- Cambios sustanciales en la legislación y estructura de los servicios de salud;
- La cobertura de los servicios prestados por la Caja Costarricense de Seguro Social aumentó de 39 a 78%, incluyendo nuevos grupos económicos y áreas geográficas;
- Grandes incrementos en la cobertura de los servicios prestados por el Ministerio de Salud, incluyendo nuevos programas para las poblaciones rurales dispersas y las urbanas desfavorecidas. Con la nueva cobertura fue posible llegar a 60% de la población rural, incluyendo 95% de la población rural dispersa y 40% de la población urbana desposeída. Las actividades incluían educación sanitaria y prevención de enfermedades mediante las inmunizaciones y el saneamiento;

- Desarrollo de amplios programas de suplementación alimentaria para niños preescolares y en edad escolar, y de programas de fortificación de alimentos para prevenir deficiencias nutricionales específicas; y
- Financiamiento de nuevos programas y mayor inversión de los recursos para expandir los programas nutricionales, con base en una nueva ley para el desarrollo social y asistencia familiar, que sirvió como instrumento para la distribución de la riqueza de la nación, al facilitar la participación de la población socioeconómicamente desposeída.

El gran mejoramiento en la salud observado durante este decenio, que fue inesperado según las tendencias anteriores, coincidió con la implementación de estrategias de atención primaria de salud, con énfasis en la prevención y la educación en salud (Sáenz, 1985a), y la inversión de más recursos dirigidos a los subgrupos más vulnerables.

Al inicio de esta década, la cobertura de los servicios de salud fue muy pobre, y las deficiencias nutricionales y las enfermedades inmunoprevenibles y prevenibles mediante el saneamiento fueron muy comunes. La respuesta a estos problemas fue el gran aumento de los programas de alimentación y nutrición, y un considerable aumento en la cobertura de los servicios de salud. Esto fue particularmente verdadero entre las poblaciones rurales dispersas y las poblaciones urbanas desfavorecidas, donde la cobertura de inmunización alcanzó 80%, y el acceso a los suministros de agua en las áreas rurales incrementó de 56 a 68% (porcentaje de hogares con agua intradomiciliaria aumentó de 39 a 64%). En todo este tiempo, se mantuvo el acceso universal al agua en las zonas urbanas, y el porcentaje de hogares con instalaciones adecuadas para desechos fecales aumentó de 60 a 96% en las zonas urbanas y de 41 a 88% en las áreas rurales (Sáenz, 1985b).

Una vez que se ha comprendido la respuesta a los problemas, es más fácil entender la rápida disminución en la mortalidad, en particular entre los niños menores de 5 años de edad: más de 94% de reducción en la morbilidad asociada con enfermedades inmunoprevenibles y con tifoidea, paratifoidea,

salmonelosis y disentería amebiana. Además, es posible afirmar con confianza que, al tomar medidas apropiadas, la situación de salud de un país puede mejorarse mucho más que el nivel de crecimiento económico nacional esperado. En el caso de Costa Rica, la respuesta del gobierno, incluyendo el conjunto de acciones que culminaron en la Política de Salud y en el Plan Nacional, permitieron realizar grandes mejoras en la salud, que fueron mucho más allá de las expectativas basadas en la situación económica del país. El caso de Costa Rica en este periodo es un excelente ejemplo de lo que se puede lograr cuando hay voluntad política para priorizar la protección de los seres humanos más vulnerables y fundamentar los esfuerzos al proyectar los problemas de salud más importantes con recursos disponibles.

## La década de los Años Ochenta

### Evolución de la situación

El ritmo del progreso que ocurrió durante los años setenta se interrumpió durante los años ochenta, cuando el país fue golpeado por la crisis económica más grave en su historia. La mortalidad desciende a un paso desacelerado considerable en la mayoría de los grupos de edad, estancándose con el tiempo, en los niveles alcanzados durante los primeros cinco años y mejorando levemente durante la segunda mitad del decenio. A partir de este patrón que coincidió con la crisis y sus consecuencias, vale la pena dividir este periodo en mitades para hacer una mejor evaluación de la relación entre los indicadores de salud y la economía nacional.

### Mortalidad general

A pesar de que la mortalidad general *continuó descendiendo*, bajó a una tasa más lenta que en la segunda mitad de la década anterior y para 1989 alcanzó 3,8/1.000.

La distribución de las causas de muerte permaneció básicamente igual. Las enfermedades cardiovasculares y los tumores cancerosos constituyeron las dos principales causas de muerte. La proporción de muertes atribuidas a

estas enfermedades aumento, y la proporción atribuida a la neumonía y bronconeumonía disminuyó.

La esperanza de vida al nacer aumentó gradualmente y con el tiempo alcanzó 75 años en 1985-1990, comparado con 76 años en los Estados Unidos en 1989- 1991 (UNICEF, 1991, 1994).

### **Mortalidad infantil**

La gran reducción del promedio anual de la mortalidad infantil observada durante la segunda mitad de la década anterior disminuyó singularmente de 9,9 a 1,6%, durante la primera mitad de los años ochenta, pero aumentó nuevamente a 5,2% durante la segunda mitad de este decenio. La mortalidad infantil descendió de 19,1 a 13,9/1.000 durante esta década. Esta reducción ejerció un mayor efecto sobre la mortalidad neonatal, que fue 11,2/1.000 durante toda la primera mitad de la década y alcanzó 8,8/1.000 a finales del decenio. Según se muestra en la figura 2, la mortalidad postneonatal descendió a 5,0/1.000 a finales de la década.

La distribución de las causas de la mortalidad infantil fue básicamente la misma. La prematuridad, ciertas enfermedades infantiles tempranas y las anomalías de nacimiento siguieron siendo las principales causas de muerte. La jerarquización de las enfermedades diarreicas se movió del cuarto al quinto lugar.

### **Mortalidad entre niños de uno a cuatro años de edad**

La mortalidad entre niños de uno a cuatro años de edad descendió de 10,1 a 7,4/10.000 en la primera mitad y a 7,2/10.000 durante la segunda mitad del decenio. En contraposición a la mortalidad infantil, la tasa de mejoramiento descendió en la segunda mitad de la década.

Las anomalías de nacimiento se convirtieron en la causa más importante de muerte a finales del decenio, llegando al segundo lugar con una tasa de 1,4/10.000. La violencia y los accidentes siguieron siendo las principales causas de muerte, y la proporción de muertes atribuidas a estos aumentó de 19,8 a 23,6%.

### **Mortalidad entre los niños menores de cinco años**

La mortalidad de niños en este grupo de edad descendió de 17% en 1980 a 16% en 1985, y 12% en 1989. La tasa promedio de reducción anual fue solo 1,2% durante la primera mitad, y 4,7% durante la segunda mitad de la década.

### **Enfermedades infecciosas y parasitarias**

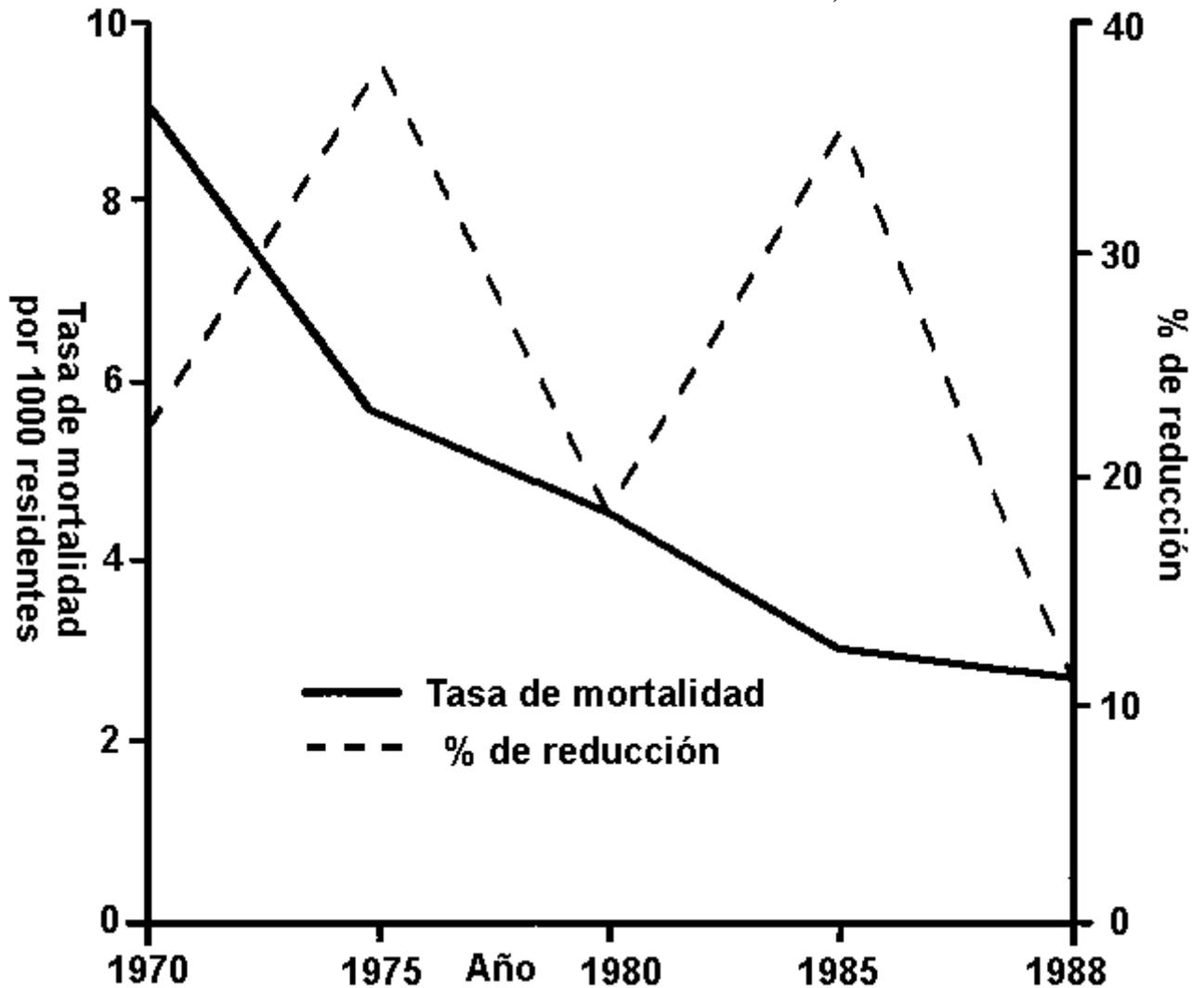
La prevalencia de enfermedades infecciosas y parasitarias continuó descendiendo de 1,7 a 0,9/10.000, reduciendo su repercusión en la mortalidad general. Las enfermedades que fueron causas particularmente importantes de muerte en los años setenta, como la diarrea, el tétanos, la septicemia y la tuberculosis, continuaron descendiendo, aunque a un ritmo mucho más lento.

La morbilidad, resultado de las enfermedades inmunoprevenibles continuó disminuyendo en todo el decenio. En 1990, el sarampión alcanzó 2,7/100.000, la tos ferina 2,5/100.000, la tuberculosis 1,7/100.000 y el tétanos permaneció 0, 1/100.000. Durante este decenio no se reportó ningún caso de poliomielitis o de difteria. Entretanto, la morbilidad que pudo ser prevenida a través del saneamiento básico siguió un patrón muy irregular. La tifoidea mostró un aumento moderado durante la primera mitad hasta alcanzar 0,6/100.000 en 1986, pero descendido a 0,3/100.000 en 1990. La paratifoidea permaneció 0,2/100.000 durante la primera mitad, pero no se registró ningún caso en los siguientes cuatro años. La salmonelosis continuó siendo 3,4/100.000 durante la primera mitad, pero posteriormente descendió hasta alcanzar 0,9/100.000 en 1990. La shigelosis siguió una mayor tendencia y alcanzó 2,4/100.000 en 1986 y 6,4/100.000 en 1990.

### **Mortalidad entre niños de 5 a 14 años de edad**

La mortalidad entre niños de 5 a 14 años de edad cambia durante este decenio, en comparación con los datos de la década anterior. Durante la primera mitad del decenio, la tasa promedio de disminución anual en la mortalidad, incrementó de 3,6 a 7%. La mortalidad en este grupo de edad alcanzó una tasa de 3/10.000 y permaneció casi constante durante la segunda mitad del decenio, según se muestra en la figura 5.

**FIGURA 5 Mortalidad de niños de 5-14 años en Costa Rica, 1970-1988**



Dos cambios importantes en la estructura de las causas de mortalidad fueron la ausencia de muertes atribuidas al sarampión en 1988 y 1989, y la reducción de la tasa de enfermedades diarreicas, que se desplazó del tercero al noveno lugar. Por el contrario, los trastornos congénitos se movieron del decimoséptimo al cuarto lugar. A pesar de que disminuyeron las tasas de los accidentes y los tumores malignos, aumentó la proporción de muertes atribuidas a éstos.

#### **Mortalidad entre la población de 15 a 49 años de edad**

La mortalidad entre la población de 15 a 49 años de edad descendió en forma sostenida durante todo el decenio. La disminución fue más rápida

durante los primeros cinco años, cuando la mortalidad alcanzó 12,2/1.000, que durante los siguientes cinco años, cuando alcanzó 11,8/1.000.

Al igual que los accidentes, que, como en la década anterior, fueron la principal causa de muerte, las enfermedades degenerativas crónicas fueron altamente predominantes durante este decenio. La cardiopatía isquémica quedó en segundo lugar; las enfermedades cerebrovasculares desplazaron del tercero al cuarto lugar por el cáncer del estómago. Mientras tanto, los suicidios y las lesiones autoinfligidas se movieron hasta el quinto lugar en la jerarquización, como mortalidad total disminuida.

### **Mortalidad entre la población de 50 años o más**

La tasa de mortalidad entre la población de 50 años y más varió solamente entre 22,6 y 22,3/1.000, aunque la proporción de muertes representadas por este grupo de edad incrementó de 61,4% a 70,1 %. Las principales causas de muerte fueron las enfermedades degenerativas crónicas, particularmente las enfermedades cardiovasculares y cáncer, que ocurrieron en mayores tasas, mientras que la neumonía y la bronconeumonía se volvieron menos importantes como causas de muerte.

### **Factores que afectaron la situación**

Algunos han tratado de explicar la disminución en el mejoramiento de los indicadores de salud mediante la dificultad de aumentar aun más la gran mejoría que ya se había logrado en la salud. Esta explicación, sin embargo, quizás no sea válida, ya que algunos países desarrollados han logrado mejores resultados en la salud y los indicadores de salud. En consecuencia, es importante buscar otra explicación.

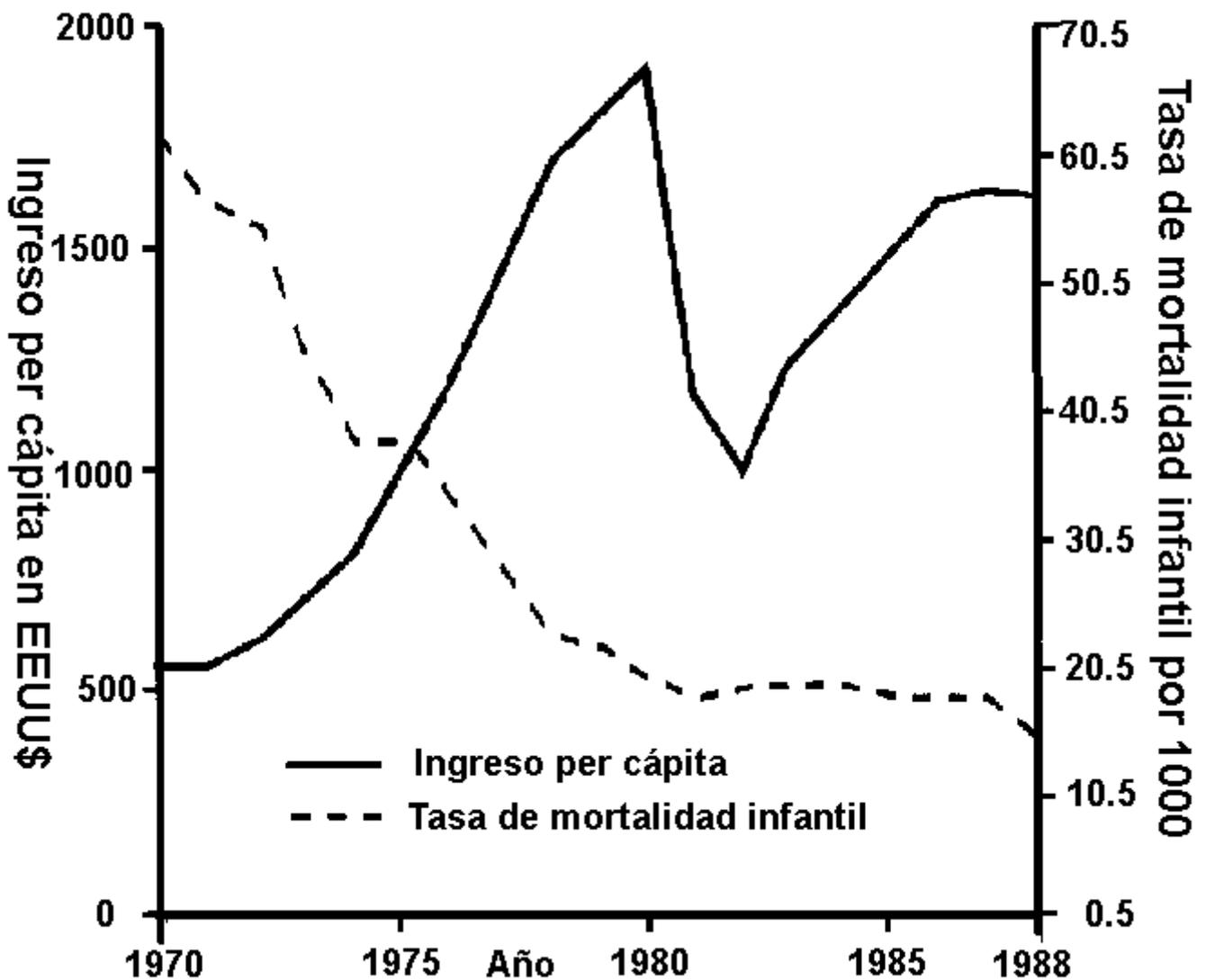
El modelo del desarrollo económico de los países centroamericanos se estancó durante los años setenta. Se deterioraron las tendencias económicas favorables debido a las graves repercusiones de la crisis económica, no solo en la economía sino también en las estructuras sociales y políticas. Dentro de este contexto, al inicio de los años ochenta, Costa Rica sufrió la repercusión total de la crisis económica. El crecimiento constante del PNB se deterioró singularmente entre 1980 y 1982. La producción real descendió 9,1 %; la

moneda nacional se devaluó; los precios aumentaron 179,5%; el desempleo manifiesto alcanzó 9,4%; los salarios reales descendieron 40%; la proporción de las familias pobres aumentó 53% en las áreas tanto urbanas como rurales; el costo de los alimentos básicos aumentó más que el ingreso per cápita, y en 1982 cuestan más que el salario promedio. La deuda externa, que fue 114,5% del PNB en 1982, excedió los recursos del país para pagarla y los pagos de interés sobre esta deuda representó más de 50% del valor de las exportaciones de bienes y servicios.

Para restaurar la estabilidad económica, el gobierno aumentó los impuestos y limitó la ampliación de los gastos públicos. Esto causó una reducción neta de colones constantes en las inversiones de salud, que descendieron de 7,6% del PNB en 1980 a 5,7% en 1983.

La significativa disminución en la tasa de mejoramiento de los indicadores de salud coincidió con la influencia negativa del deterioro social y económico. Además, la reducción per cápita en los gastos de salud obligó al gobierno a disminuir sus esfuerzos para mejorar la situación de la salud en el país. Esta reducción de la inversión, junto con la disminución en el ingreso per cápita nacional, coincidió con el retardo en el ritmo en que la mortalidad infantil y de niños estaba mejorando. Sin embargo, este retraso en el mejoramiento de la salud no fue tan grave como se esperaría, según la crisis socioeconómica. La figura 6 muestra cómo la disminución en el ingreso per cápita coincidió con una interrupción en la tasa de disminución en la mortalidad infantil.

**FIGURA 6 Ingreso per cápita y mortalidad infantil en Costa Rica, 1970-1978**



El patrón de mortalidad entre los individuos de 5 a 14 años de edad fue inesperado, porque hubo una aceleración en el ritmo de mejoría durante la primera mitad del decenio, cuando la crisis económica fue sumamente grave, y una disminución en estas mejoras durante la segunda mitad, cuando la crisis se estaba volviendo menos grave. Una posible explicación para estos resultados es que había dos cohortes que alcanzaron al grupo de 5 a 14 años de edad entre 1980 y 1985, y que se beneficiaron durante la década anterior de los programas que redujeron sus riesgos de morbilidad y mortalidad. Una cohorte que sufrió la repercusión de la crisis durante los cinco años anteriores llegó a este grupo de edad en 1985.

## **La última década del siglo**

El progreso logrado en el mejoramiento del estado de salud de los costarricenses tiene tendencias y patrones generados que permiten predecir y analizar el desarrollo futuro. Por tanto, es posible identificar los probables escenarios y diseñar las estrategias para mejorarlos. También es posible evaluar las oportunidades para los cambios que producirán mejores políticas de salud, en la modificación de situaciones efectivas en el desarrollo socioeconómico del país. Además, se pueden identificar los problemas ocultos en un análisis actual, pero que pueda surgir en el futuro para determinar dónde concentrar los futuros recursos, a fin de obtener una mayor repercusión para combatir los problemas de salud específicos. Este tipo de análisis, comparado con la acelerada transición epidemiológica que empezó en los años setenta, necesita prestar especial atención a la evolución de las patologías de surgimiento y a los subgrupos más vulnerables.

Las siguientes secciones resumen algunos aspectos importantes de la situación de la salud que podría desarrollarse en Costa Rica durante la última década de este siglo, asumiendo que ningún suceso significativo modifique las tendencias observadas hasta 1989. En vista de que la transición epidemiológica no se desarrolla en la misma proporción en todas las regiones del país, el análisis se basará en la comparación de tres poblaciones: el promedio nacional, los condados vulnerables y los condados menos vulnerables. Éstos últimos se subdividen aún más, con base en las características geográficas, culturales y económicas.

## **Tendencias a nivel nacional y de condado**

Se espera que entre todos los grupos de edad, las tasas de mortalidad descieran en todo el decenio. Con excepción de la mortalidad general y la mortalidad perinatal y neonatal, las tasas de mortalidad en los condados vulnerables tienen probabilidad de exceder el promedio nacional y del condado menos vulnerable.

A nivel nacional, las muertes atribuidas a enfermedades transmisibles tienen probabilidad de continuar disminuyendo, y las muertes a causa de

accidentes y enfermedades degenerativas crónicas tienen probabilidad de aumentar.

Con excepción de las infecciones respiratorias agudas (IRA), la mortalidad causada por enfermedades transmisibles descenderá más en los condados vulnerables que en los grupos menos vulnerables y del país en su totalidad. Las muertes atribuidas a enfermedades degenerativas crónicas y las muertes accidentales y violentas tienen probabilidad de aumentar en las tres poblaciones. Aunque por el momento las tasas en los condados más vulnerables son inferiores, las tendencias actuales indican que este patrón puede revertirse en un futuro próximo.

### **Mortalidad en algunos grupos de edad**

El hallazgo de que las tasas de mortalidad en algunos de los condados que no recibieron atención prioritaria en los años setenta, son ahora mayores que el promedio nacional, es el reverso de la situación durante los años setenta y de lo que se ve para los grupos de edad vulnerables. Esto puede deberse al envejecimiento de la población como resultado de la baja mortalidad entre los jóvenes y a un aumento de las enfermedades degenerativas crónicas que han reemplazado los trastornos nutricionales, infecciosos y parasitarios como causas de muerte en los adultos. No obstante, estos patrones varían en diferentes áreas. A pesar de que en dos áreas las tasas reales están por debajo del promedio nacional, la tendencia ascendente actual llevará a tasas que están por encima del promedio nacional para mediados de la década.

Por otro lado, se espera que la mortalidad infantil y postneonatal, neonatal y perinatal continuará descendiendo. Mientras que las tasas de mortalidad infantil y postneonatal son más altas en los condados vulnerables, las tasas de mortalidad neonatal y perinatal son más altas en los condados menos vulnerables. En otras palabras, se están desplazando de un patrón de país en desarrollo con alta mortalidad infantil prevalente a causa de infecciones, a una baja mortalidad infantil predominante a causa de trastornos congénitos neonatales, característica de los países desarrollados.

La mortalidad entre los niños de uno a cuatro años de edad es más alta en los condados vulnerables y tiene probabilidad de seguir descendiendo a una tasa moderada en todos ellos.

### **Mortalidad causada por enfermedades infecciosas y parasitarias**

La mortalidad asociada con enfermedades diarreicas es más alta en los condados vulnerables y tiene probabilidades de continuar descendiendo a nivel nacional. En 1989, la mortalidad asociada con IRA fue ligeramente mayor en los condados menos vulnerables, donde tiene probabilidad de descender más rápidamente que en los condados vulnerables. Las tasas de mortalidad asociadas con otras enfermedades infecciosas y parasitarias variarán en diferentes áreas, y la tasa de disminución tiene probabilidad de ser similar en los condados vulnerables y menos vulnerables.

### **Cáncer del estómago**

La mortalidad asociada con cáncer del estómago, cervical y de mama tiene probabilidad de mostrar aumentos moderados a nivel nacional. El aumento de cáncer de la próstata tiene probabilidad de ser mayor. Las tasas de cáncer cervical y de la próstata son mayores en los condados vulnerable que en los condados menos vulnerables. Las tasas de cáncer del estómago y de la mama son inferiores en los condados vulnerable que en los condados menos vulnerables, pero las tendencias actuales sugieren que los condados vulnerables pronto tendrán tasas por arriba del promedio nacional actual.

### **Mortalidad asociada con otras enfermedades emergentes**

Aunque se espera que aumente la proporción de la mortalidad total debida a cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular, las tasas absolutas tienen probabilidad de presentar una disminución moderada a nivel nacional. En los condados menos vulnerables las tasas son altas, pero disminuirán, mientras que en los condados más vulnerables aumentarán.

La hipertensión y la mortalidad asociada con diabetes mellitus tiene probabilidad de aumentar considerablemente en ambos condados, menos vulnerables y vulnerables; éstos últimos con tasas mayores. La mortalidad

causada por accidentes, lesiones e intoxicaciones muestran una mayor tendencia en las tres poblaciones que están siendo analizadas.

### **Perfiles epidemiológicos en 1989 y en el año 2000**

Con base en las tendencias de mortalidad de 1989, se espera que la cardiopatía isquémica, los accidentes y la violencia, las enfermedades cerebrovasculares y el cáncer de estómago serán las principales causas de mortalidad en lo que resta del siglo. También se espera que las muertes atribuidas a enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares disminuirán levemente, y las muertes relacionadas con los accidentes y la violencia mostrarán un aumento moderado. Las tendencias actuales también indican que las enfermedades infecciosas y parasitarias continuarán disminuyendo, y con el tiempo, serán desplazadas del quinto lugar por la diabetes en la jerarquización de las causas de mortalidad.

En los condados menos vulnerables, las cuatro principales causas de muerte en 1989 fueron las mismas que se dieron a nivel nacional. En estos condados, la diabetes ocupó el quinto lugar. Si se mantienen las tendencias actuales, este patrón permanecerá sin modificación durante el resto del siglo. Mientras que las tasas de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular mostrarán una disminución moderada, las tasas asociadas con otras enfermedades crónicas aumentarán.

En los condados vulnerables, las cinco principales causas de muerte en 1989 fueron los accidentes y la violencia, la cardiopatía isquémica, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades infecciosas y parasitarias y el cáncer de estómago. Si las tendencias actuales se mantienen, en el año 2000 las primeras dos causas de muerte cambiarán de lugar: las enfermedades cerebrovasculares se moverán del tercero al cuarto lugar, el cáncer de estómago del quinto al tercer lugar, y el cáncer de mama del duodécimo al quinto lugar. La carga de las enfermedades infecciosas y parasitarias sobre la mortalidad descenderá.

## Comentarios finales

El estudio de la evolución de la situación de la salud en Costa Rica revela que cuando el sector salud toma medidas apropiadas, y que son apoyadas mediante la respuesta institucional del gobierno, los indicadores de salud pueden mejorar más allá de las expectativas, basados en el crecimiento económico nacional y en los períodos cortos, como ocurrió en los años setenta. Este análisis también permite una apreciación de la heterogeneidad en el mejoramiento de diferentes indicadores de salud y causas de mortalidad entre diferentes grupos de edad como resultado de las medidas tomadas por el país. También muestra cómo la crisis económica que empezó en 1980 afectó la situación de la salud. Los mecanismos que cubrían la repercusión de la crisis estaban relacionados no solo con los cambios en los factores que afectan directamente los resultados de la salud, sino también con una reducción en los recursos disponibles del gobierno para la inversión en salud.

Dados estos hechos, aunque no hay duda de que el desarrollo económico afecta los resultados de la salud a nivel nacional, estos análisis muestran que los recursos económicos aun limitados pueden estar invertidos con sensatez en el mejoramiento de la salud cuando existe la voluntad política. Si esta inversión se hace en una manera racional y equitativa, el resultado será el mejoramiento de la salud que rebasa las predicciones basadas simplemente en el crecimiento económico (Sáenz, 1989).

Estos análisis muestran que pueden ocurrir mejorías en la salud como resultado de las decisiones políticas, en lo referente a las asignaciones presupuestarias, aun cuando éstas sean escasas. Este resultado desvirtúa la premisa de que el desarrollo económico es un factor esencial, sin el cual es imposible mejorar la salud de una nación e indica que las naciones pobres tienen capacidad para lograr la salud para todos si tienen la voluntad política y dedican suficientes esfuerzos bien planificados para lograr esta meta.

## Referencias

- Rosero L. 1984. Las políticas socio con y su efecto en el descenso de la mortalidad costarricense. In: **Mortalidad y fecundidad en Costa Rica**. Asociación Demográfica Costarricense, Marzo 1984, p. 38.
- Rosero L. 1985. Determinantes del descenso de la mortalidad infantil en Costa Rica. En: **Demografía y epidemiología en Costa Rica**. Asociación Demográfica Costarricense, Marzo 1985, p. 18.
- Sáenz L. 1983. **Hacia un sistema nacional de salud en Costa Rica**. San José, Costa Rica, Ministerio de Salud, Febrero 1983, pp. 15-17.
- Sáenz L. 1985a. **Salud sin riqueza. El caso de Costa Rica**. Ministerio de Salud de Costa Rica, p. 45.
- Sáenz L. 1985b. Health changes during a decade. The Costa Rican Case. In: **Good health at low cost**. Proceedings of a conference held at the Bellagio Conference Center, Bellagio, Italy. April 29-May 3, 1985, p. 1 42.
- Sáenz L. 1988. **Administración de servicios de salud**. Editorial UNED. San José, Costa Rica, p. 91.
- Sáenz L. 1989. **Logros de una política e impacto de una crisis en la salud de un País**. Ministerio de Salud, Costa Rica, 1989. pp. 20-21.
- Sáenz L. 1990. Mortalidad y programas de salud (La experiencia de un país de la Subregión)  
En: **La mortalidad infantil en Honduras**. La Facultad de Ciencias Económicas, Tegucigalpa, Honduras, 1990, p. 70.
- UNICEF. 1991. **The state of the world's children**. New York: UNICEF.
- UNICEF. 1994. **The state of the world's children**. New York: UNICEF.

# 5. Factores socioeconómicos para comprender la política de salud durante los años setenta

*María Eugenia Trejos*

## Introducción

De 1950 a 1980 en Costa Rica se implementó una política social que permitió lograr los resultados actuales, los que se compararon favorablemente con los indicadores sociales de la mayoría de los países desarrollados. Estos resultados se desarrollaron particularmente rápido durante los años setenta. Las razones para este fenómeno, a pesar de haber sido estudiados ampliamente, todavía requieren mayor aclaración. Este capítulo analiza algunos factores que ayudan a explicar estos resultados. La intención es proveer nuevos discernimientos para la comprensión de este proceso.

En los años cincuenta, Costa Rica empezó a aplicar una estrategia de desarrollo con una política social que consideraba temas específicos de importancia para un país en desarrollo. Esta estrategia ha tenido éxito, no solo debido a un accidente histórico, sino también porque se combinó con el mejoramiento de los factores relacionados con la historia actual del país. Este proceso se aceleró durante los años setenta con gobiernos orientados hacia la generación de ganancias públicas que requirieron de la formación del consenso entre los diferentes sectores de la sociedad.

Con el propósito de analizar el proceso y vincularlo con las tendencias mundiales, así como con las tendencias históricas del país este capítulo se divide en tres partes. La primera, analiza el surgimiento del gobierno social en Costa Rica. Esta sección también analiza las características del desarrollo social y económico de Costa Rica, para comprender la aparición de este tipo de gobierno durante los años cincuenta. La segunda parte analiza las características fundamentales del gobierno social en la relación con otras esferas de la sociedad que integró la misma estrategia socioeconómica en

Costa Rica. La tercera parte analiza el resultado, durante los años setenta, del surgimiento acelerado de un gobierno con fuertes metas sociales.

## **Reconocimiento de las demandas sociales y ordenamiento del conflicto durante los años treinta y cuarenta**

Durante los años treinta y cuarenta en Costa Rica hubo varios fenómenos que proporcionaron la base para el desarrollo posterior en el país. Esta sección analiza esta serie de sucesos. Durante los años treinta y cuarenta, las organizaciones y los esfuerzos sociales desempeñaron una importante función en Costa Rica. Como resultado, el gobierno reconoció las demandas populares y tomó medidas para evitar un aumento en las hostilidades que amenazarían la existencia del régimen.

Desde finales del último siglo habían existido en Costa Rica organizaciones para el mejoramiento social. Estas se volvieron más fuertes durante los años treinta como resultado de la crisis financiera de 1929 que afectó negativamente a los sectores populares. El gobierno enfrentándose a las crecientes demandas populares, respondió a través de la mediación y ordenamiento de las relaciones entre los diferentes sectores para evitar el agravamiento del conflicto social existente. El resultado fue un estilo de gobierno que reconoció las demandas populares y cumplió algunas de estas demandas para asegurar su viabilidad.

Durante este decenio se estableció el Instituto para la Protección del Cabe, para reglamentar la relación entre los pequeños propietarios y los beneficiarios exportadores. Otras organizaciones creadas en este periodo fueron las Cooperativas Rurales de Crédito para otorgar crédito a los pequeños y medianos productores, y el Consejo de Trabajadores y Empleadores, quienes fijan los salarios mínimos y las comisiones de sueldos en los diferentes condados del país. En 1939 se aprobó la Ley de Asociaciones, "una decisión que permitía la legalización y creación de varias asociaciones en las ciudades de Heredia, Alajuela y San José" (Valverde et al, 1989, p. 73). Otras acciones

del gobierno incluyeron la creación de varios reglamentos que abordaban las condiciones de trabajo, el registro abierto para organizaciones laborales y la ejecución de proyectos públicos, cuyo objetivo era crear trabajos, ya que el desempleo fue una de las peores consecuencias de la crisis.

Durante los años cuarenta, Rafael Angel Calderón Guardia, quien fue el Presidente de Costa Rica de 1940 a 1944, propuso la búsqueda de cooperación entre los diferentes sectores sociales y se le conocía como el "reformador social" cuando declaró:

... solo mediante la cooperación equilibrada de todas las fuerzas sociales, dentro de un régimen legal que enfáticamente rechaza los abusos indebidos del poder, será posible lograr la conciliación de los intereses, que es necesaria para todos los miembros de la comunidad, para sentir la solidaridad hacia la suprema tarea de incrementar una vez el nivel espiritual y material de Costa Rica.  
(Rojas, 1980, p. 44)

Este interés en la reforma social se presentó como una alternativa al comunismo, ya que en ese momento el Partido Comunista había adquirido considerable fuerza en el país. Sin embargo, una serie de circunstancias que condujeron a la pérdida de apoyo por diferentes sectores sociales obligaron al gobierno que estableciera una alianza con el Partido Comunista, que apoyó las medidas que ya se habían tomado a favor del sector laboral e influyó en las medidas sociales posteriores. Esta alianza incluyó a la Iglesia católica, dentro del marco de alianzas contra el Nazismo durante la Segunda Guerra Mundial. Las primeras medidas incluían a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que ofreció protección durante la enfermedad, maternidad, discapacidad, vejez y muerte. También incluían las Garantías Sociales en la Constitución, abordando el derecho a la huelga, el día hábil de ocho horas, los salarios mínimos y la libertad para sindicalizarse y llegar a acuerdos colectivos. El segundo conjunto de medidas (es decir, aquellas tomadas de acuerdo con el Partido Comunista) incluía la aprobación del Código de Trabajo que reglamenta las Garantías Sociales.

Otras medidas importantes tomadas durante este periodo fueron los Centros para la asistencia rural y salud pública, la apertura de la Universidad de Costa Rica y el Conservatorio de Música, así como otros proyectos sociales (Rojas, 1980, p. 78; Salazar, 1982, pp. 84-92). En el campo de la mediación de los conflictos sociales, se reglamentó la relación entre los productores de tabaco y de caña de azúcar y la industria (Rojas, 1980, p. 50). Como puede observarse, estos dos decenios fueron los antecesores de lo que se convertiría en una avanzada política social durante las siguientes décadas.

En primer lugar, las medidas sociales tomadas durante estos dos decenios fueron un precedente importante para el desarrollo posterior de otras políticas sociales. Esto no sugiere que no habían grandes necesidades sociales que no se estaban cumpliendo, que dieron como resultado importantes diferencias sociales, sino que fue importante prestar atención a las demandas sociales que si no hubieran sido atendidas, habrían aumentado el conflicto social.

En segundo lugar, crearon la base para un estilo de gobierno que tomó en cuenta algunas de las demandas de las personas que servía, reconociendo su organización para mantener la armonía social y evitar conflictos y descontentos.

En tercer lugar, el gobierno mostró interés en el ordenamiento del conflicto social, evitando medios represivos (aunque algunas veces se utilizó la represión, como se evidenció durante la Huelga del Banano en 1934 y el exilio de los opositores al gobierno durante los años cuarenta). Esto condujo a la abolición del Ejército a finales del decenio. La abolición del Ejército en 1949 permitió la liberación de recursos decisivos para desarrollar acciones sociales.

En conclusión, durante los años treinta y cuarenta, Costa Rica experimentó un proceso que condujo al reconocimiento de las organizaciones populares autónomas, así como sus demandas. Además, el gobierno intervino para reglamentar el conflicto social, siguiendo un estilo de gobierno que efectuó medidas sociales para evitar la intensificación de los conflictos sociales.

# El gobierno social en la nueva estrategia de desarrollo de Costa Rica durante los años cincuenta y sesenta

El crecimiento de las empresas transnacionales dentro de las estrategias predominantemente internacionales sirvieron de marco de referencia para el desarrollo del gobierno social en Costa Rica. Este gobierno regresó a la tradición de la intervención social de los años treinta y cuarenta, pero dentro del marco de implementación a nivel nacional, siguiendo la estrategia de desarrollo mencionada anteriormente. De esta manera, favoreció el crecimiento de las inversiones transnacionales.

En 1948 Costa Rica experimentó una guerra civil, que permitió a nuevos sectores sociales llegar al poder y establecer una nueva estrategia de desarrollo. Durante las décadas que siguieron, la atención a los temas sociales adquirió una nueva dimensión que condujo al establecimiento del gobierno social. Para que esto ocurriera, fue necesario combinar los antecedentes relacionados con la situación interna específica e histórica de Costa Rica con la estrategia de desarrollo que era predominante a nivel internacional. Lo anterior permitió aplicar eficazmente la estrategia de desarrollo, con resultados que se asemejan más a los encontrados en los países desarrollados que en los países en desarrollo.

Según se ha visto, antecedentes son Las medidas social específicas que se tomaron durante los años treinta y cuarenta, y que se ampliaron y desarrollaron aún más durante las décadas siguientes. Estos antecedentes incluían un estilo de gobierno que consideró varias de las demandas de las personas que servía, reconociendo su organización para mantener la armonía social y evitar conflictos y descontentos. Además, el gobierno trató de reducir al mínimo el conflicto social, dando prioridad a la formación del consenso, en vez de los medios represivos. La estrategia de desarrollo requería mayor producción, y ésta requería de la decidida participación del gobierno que condujo al establecimiento del gobierno social.

La tradición social, iniciada en los decenios anteriores, se volvió a recalcar en Costa Rica durante los años cincuenta, pero ahora las acciones sociales estaban vinculadas a una política orientada hacia el crecimiento de los mercados. Este enfoque combinó un interés en la creación del poder adquisitivo de la población con el mejoramiento de la salud y la educación de la fuerza laboral, y la negociación y regulación de los conflictos sociales. No obstante, hubo una tendencia que desalentaba el desarrollo de organizaciones populares autónomas.

### **Mercados de producción y expansión**

Desde el punto de vista económico, se efectuaron medidas para favorecer el aumento de la producción y la productividad, el desarrollo de infraestructura física y la capacitación de los trabajadores y técnicos, y el desarrollo del mercado interno. Esto, a su vez, dio lugar a un aumento del empleo y a una concentración de la producción y la riqueza.

#### *Aumento de la producción y la productividad*

Costa Rica no tenía la capacidad para realizar la producción masiva, característica de los países desarrollados. Sin embargo, el gobierno estimuló la aplicación de la tecnología a la producción agrícola e industrial, y prestó mucha atención para incrementar la productividad. Fue José Figueres (Presidente de Costa Rica durante 1948-1949, 1953-1958, 1970-1974 y cabeza del Partido de Liberación Nacional creado en los años cincuenta por los sectores que ganaron la guerra civil de 1948) quién recalcó los enfoques modernos a la producción e insistió en los incentivos de sueldo que motivarían al trabajo arduo y a la satisfacción en el trabajo. Estas políticas lograron la colaboración de diferentes clases sociales (Solís, 1992, p.248). Figueres declaró:

El estudio, la técnica y la ciencia representan la única solución viable para el problema social. Las industrias de producción de bajo costo y eficaces deben utilizar métodos técnicos... La reforma social debe comenzar en las plantaciones de café con más producción por área; en los campos de maíz con más

tractores, mejores semillas, más fertilizantes y menos trabajo manual; en la industria con más electricidad, mejor maquinaria, y más planificación. La reforma debe consistir en liberar al hombre del trabajo rudo, para terminar con el hombre-máquina y reemplazarlo con el hombre pensante. El trabajo rudo debilita y produce poco. El trabajo técnico mejora y aumenta la producción (Hidalgo y Monge, 1991, p.149).

Como resultado de este esfuerzo, se observó un incremento de 6 a 7% anual en la producción en los años cincuenta. La productividad por trabajador aumentó en una tasa anual promedio de 5% entre 1950 y 1970 (Reuben, 1982).

#### *Desarrollo de la infraestructura física*

Para facilitar el esfuerzo mencionado anteriormente, se creó en el país una serie de instituciones y sectores para desarrollar la infraestructura necesaria para el perfeccionamiento de la producción y la productividad. Algunas de las instituciones creadas fueron el Instituto Eléctrico de Costa Rica, para la producción de electricidad para el desarrollo industrial; el Servicio Nacional de Agua, para la distribución de agua potable y el desecho de aguas residuales urbanas; la Administración Portuaria del Atlántico, para administrar el sistema portuario del Atlántico; y los Ferrocarriles Eléctricos del Pacífico como una institución autónoma (Salazar, 1982). Se reorganizó el Ministerio de Obras Públicas y Transporte, encargado de la construcción de puentes, carreteras y caminos rurales.

Estas acciones permitieron un considerable aumento en la infraestructura física, que favoreció el desarrollo de mercados y la producción.

#### *Desarrollo del mercado interno*

Con el objeto de proporcionar una salida para la creciente producción nacional y extranjera, se ampliaron los mercados durante el periodo en consideración. El proceso siguió el modelo de Keynes, de incrementar la demanda agregada para estimular la producción. Las medidas para desarrollar

el mercado interno incluían la estimulación de la producción para el mercado, así como la creación de la demanda de mayor producción.

La estimulación y protección de la producción para el mercado interno se reflejó en el proceso de integración centroamericana, que protege y estimula una industria que sirve a la región. El fomento de un aumento en el poder adquisitivo como un estimulante de la eficiencia y un incentivo para el crecimiento económico se promovió mediante la siguiente discusión:

... en todas partes, y en particular en América Latina, si no hay presión para aumentar los salarios del trabajo organizado o de los gobiernos progresivos, las naciones tienden a adoptar métodos ineficientes de trabajo que solo produce, mediante el trabajo de todos, el bienestar de unos pocos. (Figueras, tomado de Garnier et al, 1991, p.26)

Este enfoque permitió el aumento de la producción interna de mercados, del poder adquisitivo y de la calidad de vida. La expansión del mercado interno puede observarse a partir del promedio de 6% de crecimiento anual entre 1950 y 1970 (OFIPLAN, 1982, p. 46). Setenta por ciento de las personas de clase media fueron las más beneficiadas, ya que su participación en los ingresos aumentó de 48 a 60% entre 1961 y 1971, al mismo tiempo que 20% de las personas que se encontraban al final de la escala de ingresos pasaron de 6 a 5,4% y el máximo 10% pasó de 46 a 34% (Vega, 1986, p. 364).

#### *Otras medidas complementarias en el escenario económico*

Durante los años cincuenta y sesenta, se tomaron otras medidas complementarias que también favorecieron el desarrollo de la productividad y el crecimiento de los mercados internos, incluyendo:

- La nacionalización de los bancos, que permitió el control del gobierno sobre los ahorros y los préstamos. Esto garantizó la ejecución del enfoque deseado de producción dentro de la nueva estrategia.

- La capacitación de los trabajadores y técnicos, principalmente a través de la creación del Instituto Nacional de Aprendizaje. Este instituto capacitó a los trabajadores para la industria, un proceso que se estimuló, principalmente, mediante la incorporación de Costa Rica dentro del sistema de integración centroamericana en 1963. De hecho, el Instituto fue fundado en 1965 (Rovira, 1988, p. 110)

No debemos creer que las medidas tomadas para mejorar la producción (productividad) y los mercados previnieron un proceso de concentración de la riqueza y una mayor dependencia en la inversión extranjera. Esto se observó en el desplazamiento de los pequeños productores de caté y de caña de azúcar por sus contrapartes más grandes. En forma similar, la contribución en términos de producción industrial, de las pequeñas y medianas industrias disminuyó y cada vez fueron más controladas por las empresas más grandes, incluyendo las transnacionales (ver Paz, 1976; Izurieta, 1979).

En conclusión, a partir de los años cincuenta, la implementación de una nueva estrategia de desarrollo en Costa Rica requirió la intervención del gobierno para facilitar la ampliación de la producción y la productividad, la infraestructura física, los mercados, el financiamiento y la capacitación de la fuerza laboral.

### **Aparición del gobierno y de la política social**

El gobierno que se formó en Costa Rica a partir de los años cincuenta favoreció la producción y requirió de un desarrollo institucional que permitiría implementar actividades sociales a favor de la mayoría de la población. El gobierno social, que responde a las demandas de la nueva estrategia de desarrollo, se convirtió en un sistema muy complejo en Costa Rica, al combinar nuevas demandas con las políticas sociales de las décadas anteriores.

El gobierno intervino para fomentar el aumento de la producción y la productividad, la capacitación de la fuerza laboral, adecuadas condiciones de salud de los trabajadores, la producción en áreas específicas de interés, la inversión extranjera, el crecimiento de los mercados internos, la reglamentación

de las transacciones entre los diferentes sectores sociales y un ambiente social estable que permitiría el crecimiento, evitando conflictos graves.

Además de fomentar la producción y el crecimiento de los mercados, el gobierno también trabajó bajo una amplia política social que le permitió comprar la producción interna y aumentar el poder adquisitivo de grandes segmentos de la población.

### *Ampliación de los aspectos sociales en las acciones del gobierno*

La política social que empezó en los años cincuenta incluyó la ampliación educativa de los niveles elemental, escuela secundaria, técnica y universitaria. También incluyó la ampliación de la cobertura de salud; la provisión de electricidad, agua y teléfonos; reglamentación de los mercados, incluyendo los productos básicos, la política anteriormente indicada para aumentar los salarios reales, la provisión de vivienda y la distribución de tierras. El gobierno pudo lograr la estabilidad laboral de ambos sectores, privado y público, el último mediante los reglamentos de Administración Pública.

Dos ejemplos ilustran el incremento de la inversión pública durante estos decenios. El primero, los gastos de la CCSS aumentaron de C 11 a 23 millones de colones costarricenses constantes entre 1950 y 1958 (Valverde et al 1990). El segundo, es el número de instituciones sociales que se crearon durante este periodo: el Consejo de Producción Nacional, que ya existía pero que se convirtió en una institución autónoma; el Fondo Nacional para los Ciegos; el Instituto Costarricense de Electricidad; el Sistema Nacional de Agua; el Instituto de Tierra y Asentamiento; el Hospital Nacional de Niños; el Instituto Nacional de Aprendizaje; y el Programa de Rehabilitación Nacional.

Como resultado de este crecimiento, el gobierno tuvo una mayor demanda de trabajo y se convirtió en una importante fuente de empleo. Además, la creciente participación del gobierno estimuló la creación de nuevas entidades en los sectores civiles (organizaciones sin fines lucrativos, cooperativas, etc.) que también fomentaron la calidad de vida y el bienestar general de la población.

### *Regulación del conflicto*

En el campo del conflicto social, la política lanzada en los años cincuenta fue diseñada para favorecer la creación de organizaciones que funcionaran estrechamente con el gobierno y reprimir aquellas que tendían a operar independientemente del gobierno. Las propuestas del Partido de Liberación Nacional (PLN), que ha gobernado al país desde el conflicto civil de 1948, incluyen la búsqueda de la armonía y la solidaridad entre las clases sociales que siempre serían guiadas por los empresarios (Solís, 1992). Figueres declaró la necesidad de

... sustituir la lucha de clases mediante la cooperación armoniosa y entusiasta. En vez de la guerra, la paz; en vez de la lucha, la solidaridad; en vez del odio, el amor. Esta tendencia se llama solidaridad. (Solís, 1992, p. 255).

Es importante observar que la búsqueda de esta solidaridad y armonía estimuló el desarrollo de organizaciones populares que estuvieron bajo el control del PLN sin poder real de decisión.

En lo referente a los sindicatos, después que la victoria de 1948, la confederación de trabajadores fue reprimida y se reconoció en su lugar a la *Rerum Novarum*. En el campo del desarrollo comunitario, en 1967 se aprobó una ley que, como resultado del debilitamiento de las Cooperativas Progresivas, creó el Departamento Nacional de Desarrollo Comunitario (DINADECO). Por tanto, las sociedades para el desarrollo comunitario que se crearon para el efecto, recibieron apoyo financiero del gobierno y también se fortalecieron mediante la "inducción o forzando a otras organizaciones comunitarias a adoptar este modelo de desarrollo". (Valverde et al, 1989, p. 77). En el campo de la agricultura, se respondió a las protestas de los pequeños productores con la creación de cooperativas y la canalización del descontento a través de diferentes entidades como los Comités Agrícolas del Condado (Valverde et al, p. 78).

Por otro lado, la política social y todo el aparato que los rodeaba institucionalizó las demandas, las respondió individualmente, y fomentó la

pasividad y el paternalismo mediante una actitud en la cual el gobierno tenía que resolver los problemas.

Sin embargo, hubo un margen para la negociación que permaneció abierta debido al estado legal de las Garantías Sociales y del Código de Trabajo. Como resultado, se crearon algunas entidades para negociar temas como los salarios y los precios. Algunas instituciones públicas mediaron las controversias laborales y los conflictos entre pequeños y grandes productores. En consecuencia, existía el marco legal para discutir los convenios y conflictos colectivos que involucraban a la fuerza laboral, principalmente dentro del sector público. Dentro del sector privado, a causa de la fuerte represión, solamente en la industria del banano fue posible desarrollar movimientos sindicales y convenios colectivos.

#### *El salto de los años treinta y cuarenta a los años cincuenta y sesenta*

La política social que se formuló a partir de los años cincuenta se desvía de las políticas formuladas durante las décadas anteriores en al menos tres sentidos.

En primer lugar, durante el decenio de los años cuarenta no hubo una clara correspondencia entre la política social y la política económica, ya que la primera no modificó los principios básicos de la política económica liberal. Durante la segunda mitad del siglo, la política social se convirtió en un complemento de la política económica que requirió una ampliación del mercado interno. Así fue como varias de las actividades que realizó el gobierno a través de sus instituciones, apoyó la producción ya los empresarios, así como a los trabajadores de bajos ingresos y los consumidores. Los programas de capacitación, educación, salud, políticas, etc. que favorecieron a los trabajadores, también beneficiaron a las empresas que podían reclutar una fuerza laboral saludable y alerta.

En segundo lugar, la política social de los años cuarenta fue, por un lado, producto de la reforma del gobierno, que fue principalmente el resultado de la necesidad de establecer alianzas con el movimiento popular que luego estuvo encabezado por el Partido Comunista. Después de los sucesos de 1948, los líderes comunistas fueron exiliados o encarcelados y el Partido

Comunista se volvió ilegal. Esto implicó un grave debilitamiento del movimiento popular autónomo y motivó el nacimiento de nuevas organizaciones controladas por el gobierno. En consecuencia, la política social tenía un importante componente de prevención de conflictos sociales y favoreció el desarrollo de organizaciones populares no autónomas.

En tercer lugar, la cobertura política se expendió durante la segunda mitad del siglo y benefició no solo a los asalariados, sino también a una gran clase media que creció y se volvió más fuerte durante estos decenios.

En cuarto lugar, la política social que se inició en los años cincuenta tenía más recursos internos, así como externos disponibles. Por un lado, la abolición del ejército en 1949 implicó la distribución de recursos que podrían emplearse, entre otras cosas, para los gastos sociales. Por otro lado, había una mayor disponibilidad de recursos externos para el desarrollo de infraestructura, así como para los programas sociales.

En conclusión, el desarrollo del gobierno social en Costa Rica es el resultado de las necesidades de una nueva estrategia de desarrollo junto con los antecedentes históricos del país y una mayor disponibilidad de recursos. El desarrollo, como se describió anteriormente, requirió de la existencia de mercados en expansión. Los antecedentes históricos incluían una política social ya en proceso de desarrollo y un estilo de gobierno que incorporó las necesidades públicas y los mecanismos de negociación para evitar los conflictos entre los distintos sectores de la sociedad. Finalmente, la mayor disponibilidad de recursos fue el resultado de la disolución del ejército y la ayuda externa a través de préstamos y donaciones.

## **El gobierno social consolidado**

Durante los años setenta, la estrategia costarricense de desarrollo, que había obtenido grandes beneficios, experimentó una crisis debido a los sucesos internacionales e incidentes en el Mercado Común Centroamericano, y la persistencia de altos niveles de pobreza. La crisis en el Mercado Común Centroamericano fue el resultado de un deterioro (precipitado por la guerra entre Honduras y El Salvador) en los arreglos intergubernamentales que

habían sido establecidos. En Costa Rica, la industria que se había sido desarrollado mostró limitaciones en su capacidad para crear trabajos, ampliar mercados, integrar el proceso productivo y ser menos dependiente de las materias primas extranjeras, la maquinaria, la tecnología y las patentes. También no previno una concentración adicional de la riqueza.

En el sector agrícola, el incremento de la mecanización y la consolidación generó desempleo y bajo empleo. La pobreza no solo no disminuyó, sino en realidad empeoró más entre los más desfavorecidos. Considerando esta situación, Figueres, quien se reeligió como Presidente en 1970, se postuló con el lema "lucha contra la miseria" y fortaleció la participación del gobierno en la economía.

Los gobiernos de los años setenta, en particular la administración de 1974-1978 de Daniel Oduber Quirós, el principal promotor del gobierno empresarial, modificó varios aspectos de la estrategia de desarrollo en una dirección que era conducente al fortalecimiento del gobierno social que se había estado desarrollando desde los años cincuenta. El control del aparato gubernamental y del denominado gobierno empresarial otorgó al gobierno de los años setenta más control sobre el resto de la sociedad y una influencia más fuerte en el escenario social. En la siguiente sección discutiremos las características de este nuevo gobierno empresarial y su repercusión en el desarrollo de políticas sociales más fuertes.

### **El gobierno empresarial como una respuesta a la crisis**

Para afrontar la crisis mencionada, se propuso una política de gobierno intervencionista más fuerte para compensar los débiles recursos económicos nacionales. Por esta razón, durante los principios de los años setenta se tomaron varias medidas que condujeron al gobierno empresarial del periodo 1974- 1978.

La formación del gobierno empresarial fue posible debido al apoyo de los dueños de la industria, cuyo desarrollo dependió en gran medida del gobierno, y de los empleados públicos, quienes fueron parte del aparato de gobierno. Daniel Oduber, quien fue el principal líder ideológico y político de este modelo, declaró:

Era necesario nacionalizar muchas cosas para lanzar un socialismo más integrado y, de ese modo, un socialismo costarricense más democrático.

El tema fue crear en Costa Rica una institución capaz de desarrollar grandes y nuevas industrias que posteriormente serían propiedad de los accionistas costarricenses para evitar tener compañías transnacionales que guiaran el desarrollo industrial en gran escala en Costa Rica. Esto aplicó a la industria del cemento, del aluminio, la pesca, la navegación, etc. (UCID, 1981, pp. 9-10).

Durante el gobierno de Figueres, entre 1970 y 1974, se aprobaron algunas medidas importantes que condujeron al gobierno empresarial, pero no fue sino hasta el final de la administración de Oduber que se estableció plenamente este nuevo estilo de gobierno. La administración de Figueres tomó medidas como la nacionalización de la empresa del aceite, pero fue la administración de Oduber la que estableció a la Corporación para el Desarrollo de Costa Rica (CODESA) con la intención de crear empresas que aprovecharían los recursos naturales del país, se modernizarían y prosperarían en el mercado internacional. CODESA adquirió muchas empresas, pero también mediante el apoyo y la canalización de los recursos para el sector privado, asumió asimismo algunas funciones bancarias.

El desarrollo de actividades productivas a través del gobierno con el fin de generar ganancias, no implicó la desaparición de otras actividades que ya se habían llevado a cabo desde los años cincuenta, como el desarrollo de empresas privadas, transporte, infraestructura y mercados físicos; fomento de las exportaciones; y el mejoramiento en la capacitación y la productividad.

Durante los años setenta, el gobierno trabajó en favor de los mercados internos, a través del fortalecimiento del Consejo Nacional de Producción (CNP), creado en 1948 para la estabilización de los precios. Durante los años setenta, el CNP participó en las ventas, en el establecimiento de los precios y en la adquisición de industrias para procesar el arroz. Esta tendencia del gobierno empresarial fue apoyada por los organismos financieros internacionales, que en ese momento preferían tratar directamente con los gobiernos, en lugar de las empresas privadas.

En conclusión, durante los años setenta, el cambio más importante que influía en el desarrollo fue la aparición de un gobierno empresarial, que efectuó actividades para generar ganancias y competir con el sector privado. Al mismo tiempo, se tomaron medidas para fomentar las exportaciones y fortalecer los mercados internos, principalmente los asociados con el consumo de productos básicos, considerando siempre las tendencias internacionales que eran prevalentes en aquellos días.

### **El fortalecimiento de la política social**

Los cambios en la participación del gobierno ocurridos durante los años setenta dieron lugar a algunas transformaciones institucionales que le permitieron al gobierno desarrollar una función social más fuerte. Cuarenta y siete por ciento de las instituciones creadas entre 1950 y 1980 se formaron durante los años setenta (Valverde et al., 1990). Debe notarse que estas transformaciones no implicaron una interrupción en las características centrales de la estrategia de desarrollo que prevaleció en el país durante los años cincuenta y sesenta. Además, el gobierno social que se requiere para satisfacer la necesidad de mercados ampliados y el estilo de gobierno que trata de evitar el conflicto mediante la toma de medidas sociales no solo continuó, sino que se volvió más fuerte durante los años setenta.

La combinación de los factores que condujeron al fortalecimiento de la política social, al punto donde los resultados alcanzaron un nivel comparable con los de los países desarrollados, incluyó la experiencia previa en las medidas sociales que formaron la base para su expansión, las medidas sociales tomadas y un estilo de gobierno reconciliatorio; la crisis internacional y la crisis de la integración centroamericana; los continuos niveles de pobreza, desempleo y desigualdad social que llevaron al descontento; y finalmente, el gobierno empresarial, que representó un gobierno fuerte y decisivo dispuesto a intervenir en diferentes esferas sociales donde el sector privado no podía intervenir.

La política social de los años setenta fue una continuación más profunda y más eficaz de la política social anterior. Esto fue posible gracias a las instituciones que ya habían sido creadas y al mayor control del gobierno sobre

la vida social. Este mayor control sobre la sociedad se manifiesta no solo mediante la existencia de las empresas del gobierno, sino también por la mayor concentración del poder en el ejecutivo. Esto se logró a través de una serie de medidas tomadas para obtener el control de las instituciones públicas. Entre estas medidas está la ley que permitió al partido en el poder nombrar a cuatro de los siete directores de las instituciones, y la ley que concedió permiso al Presidente de la República para nombrar a un director ejecutivo que sería la principal autoridad en cada institución.

Este proceso también se extendió hacia los conflictos sociales, donde el gobierno trató de lograr mayor control del movimiento popular. En agricultura, el gobierno abordó el latifundismo (establecimiento de haciendas grandes con trabajadores en un estado de servidumbre parcial) a través del Instituto de Tierra y Asentamiento (ITCO), que intentó evitar los conflictos tomando en cuenta los intereses de los grandes dueños, pero demostrando la naturaleza ilegal del latifundismo, y evitando cualquier control de la izquierda sobre los movimientos agrícolas populares. El ITCO acabó siendo un gran dueño que convirtió a los trabajadores industriales en empleados agrícolas para la producción de granos para el mercado y facilitando la incorporación de Costa Rica en el mercado agroindustrial internacional (UCID, 1981, pp. 78-89).

Fue durante los años setenta que el Departamento Nacional de Desarrollo Comunitario (DINADECO) llevó a cabo las medidas descritas anteriormente para intentar controlar el movimiento comunitario. En lo referente a los sindicatos, el gobierno de Oduber estableció una "alianza tácita" (UCID, 1981, p. 114) con el Partido Comunista de Costa Rica que controló a las principales organizaciones populares, aunque esto a la vez reprimió firmemente a las uniones más independientes.

Las medidas sociales más importantes tomadas durante este periodo se extendieron a otras áreas como la vivienda, la educación, la salud y la nutrición, el control de precios, la cultura y la recreación, así como la ampliación de muchos otros programas existentes.

Desde el inicio de la década había sido evidente un déficit en la vivienda, en particular entre los sectores de bajo y mediano ingreso. Para afrontar este problema, el gobierno creó o fortaleció algunas instituciones y programas. Dos

de estos se dedicaban a la construcción de viviendas para los sectores de bajos ingresos: el Instituto Mixto para la Asistencia Social (IMAS), que se concentraba en los necesitados y el Instituto Nacional para la Vivienda y la Planificación Urbana (INVU), que se concentró más que nunca en los programas dirigidos a los segmentos de población de bajos ingresos. Otras instituciones y programas proyectaron viviendas para la clase media, a través de instituciones como el Sistema Nacional de Ahorro y Préstamos, el Instituto Nacional de Seguro (INS), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), los bancos públicos y el Banco de Desarrollo Popular y Comunitario. Estas acciones confirman que en el campo de la vivienda los principales recursos estaban comprometidos, incrementando el número de instituciones dedicadas a la vivienda y ampliaron los programas (ver Valverde et al, 1990, pp. 96-97).

En educación, un estudio efectuado en 1971 descubrió las deficiencias en la educación primaria y secundaria, proporcionando la base para la aprobación del Plan Nacional de Desarrollo Educativo en 1971. El propósito de este plan iba a modernizar el sistema de educación y mejorar los niveles educativos promedio de la población costarricense. Al mismo tiempo, se empezó a introducir la educación diversificada en las universidades técnicas y en las instituciones a donde asistían los jóvenes después de la escuela primaria. Se abrió el Instituto Tecnológico de Costa Rica y desde el principio, tuvo una fuerte vinculación con las empresas industriales, la Universidad Nacional y la Universidad Estatal, absorbiendo a los estudiantes que tenían dificultades para ingresar a la Universidad Nacional de Costa Rica. Con respecto a la salud y la nutrición:

... el año de 1970 marcó el inicio de un Sistema Nacional de Salud que brindó cobertura universal y control de las enfermedades infecciosas de la niñez y la desnutrición común. (Valverde et al, 1990, p. 82).

El Sistema Nacional de Salud logró la integración de los servicios en su campo y desarrolló atención primaria de salud en las áreas rurales y zonas urbanas marginadas. Además, la cobertura de salud se volvió universal y se aprobó el Plan Nacional de Salud para aumentar la cobertura de salud. Se controlaron los precios de los productos básicos para el consumo. El Consejo Nacional de Producción, según se describió anteriormente, tenía la

función de estabilizar los precios, garantizando los precios para los productores y los consumidores, y de abrir tiendas al por menor con la intención de establecer precios tope que no serían sobrepasados por otros mercados comerciales. También se aprobó la ley para la Defensa del Consumidor con el objetivo de proteger a los consumidores contra los especuladores.

Durante esta década, se ampliaron otros servicios públicos que ya estaban operando. Éstos incluyeron la luz eléctrica que se extendió a la mayoría del país, así como los caminos de acceso, y los servicios de agua y tragantes, que también fueron marcadamente mayores.

Se amplió el concepto de desarrollo social para incluir la cultura y la recreación. Esto involucró el extenso esfuerzo que creó y fortaleció entidades como la Compañía Nacional de Baile, la Compañía Nacional de Teatro, la Orquesta Sinfónica Juvenil, el Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes, el Parque Recreacional de la Sabana y el Sistema Nacional de Parques.

A principios del decenio se creó el Instituto Mixto para la Asistencia Social, con el propósito de cubrir algunas de las necesidades de la población más desfavorecida mediante la provisión de vivienda, alimentos y educación. Posteriormente, se aprobó el Fondo para Beneficios Familiares, para brindar asistencia nutricional a las personas pobres o discapacitadas sin ingresos, y programas de educación y bienestar para el trabajador y su familia. (Valverde et al, 1990, p. 133).

Los fondos de este programa se canalizaron a través de varias instituciones sociales e incluyeron programas de salud, alimentación y nutrición, vivienda, actividades productivas y empleo, capacitación de profesionales y protección de menores y ancianos (ver Valverde et al, 1990, pp. 133-151)

En conclusión, se agregaron nuevos elementos a las medidas sociales que ya habían aprobado anteriormente. Los nuevos elementos modificaron el concepto social y tendieron a mejorar la capacitación de los trabajadores y técnicos; la calidad de la vivienda, la salud y nutrición; el acceso a la cultura y recreación; y el consumo básico de la población más desfavorecida. Todo esto se hizo con el fin de preparar y mantener bajo condiciones adecuadas a los trabajadores y técnicos requeridos para el desarrollo de las nuevas formas de

producción. Otro objetivo importante para el gobierno fue evitar la aparición de conflictos sociales que amenazarían la paz social, la productividad y la capacidad para competir a nivel internacional.

Sin embargo, los años setenta concluyeron con la profundización de una serie de problemas que afectó, tanto al sector económico como al social. Esta situación lanzó dudas sobre la estrategia de desarrollo que se había seguido desde hacía medio siglo y que condujo al país en una crisis que intentaría resolver a través del proceso de ajuste estructural.

## **Reflexiones finales**

La aparición y la consolidación del gobierno social en Costa Rica no puede explicarse sin conocer la tradición histórica del país y su relación con la dinámica internacional. El análisis de la tradición histórica de Costa Rica nos permite observar el proceso que condujo, en los años cuarenta, al reconocimiento de organizaciones autónomas populares y sus demandas, y un estilo de gobierno en donde el gobierno intervino para mediar el conflicto social. Por la misma característica, nos permitió identificar varios factores que liberaron fondos para el desarrollo social, como la abolición de las fuerzas armadas a finales de los años cuarenta y la asistencia financiera de organizaciones internacionales que, durante los años setenta, prefirieron tratar directamente con los gobiernos.

Durante los años cincuenta, se combinaron los factores ya existentes para permitir la implementación de una estrategia social y económica. Esto requirió la participación de un gobierno que facilitaba el mejoramiento de la productividad y el desarrollo de mercados, la creación de infraestructura física para la producción, la capacitación de los trabajadores y la participación de la banca. Esto es el origen del gobierno social que alcanzó su culminación en Costa Rica en los años setenta.

Durante los años setenta, es necesario agregar a los factores ya existentes con anterioridad la crisis internacional y centroamericana, y las limitaciones de la estrategia de desarrollo que se estaba siguiendo. Estas limitaciones involucraron tanto una incapacidad para estimular la producción' y

crear suficientes trabajos, como un aumento observado de la pobreza. El gobierno empresarial se desarrolló en respuesta a esta situación. El fuerte y centralizado gobierno empresarial insertó a Costa Rica en los mercados internacionales, y facilitó la ampliación del gobierno social para mantener la paz social y evitar al zozobra.

En consecuencia, la combinación de la tradición histórica de Costa Rica con la mayor disponibilidad de fondos y la formación de un gobierno fuerte que trabajó hacia la generación de ganancias en los años setenta, permitió la aplicación exitosa de una estrategia internacional de desarrollo que logro indicadores sociales de un país avanzado. Esto, sin embargo, no protegió a Costa Rica de la crisis financiera internacional ocurrida a finales de los años setenta y comienzo de los años ochenta, de la cual, desde entonces, ha tratado de escapar a través del debilitamiento de la política social como parte del ajuste estructural.

## Reconocimiento

Agradezco a José Manuel Valverde sus múltiples comentarios y sugerencias para la preparación de este manuscrito.

## Referencias

- Garnier J, et al. 1991. **Costa Rica entre la ilusión y la desesperanza. Una alternativa para el desarrollo.** CEDAL, Guayacán, Maestría en Política Económica para Centroamérica y el Caribe, San José.
- I Hidalgo R, Monge G. 1991. Los recursos científicos y tecnológicos y la transformación productiva. En: Garnier J, et al. **Costa Rica entre la ilusión y la desesperanza. Una alternativa para el desarrollo.** CEDAL., Guayacán, Maestría en Política Económica para Centroamérica y el Caribe, San José.
- Izurieta C. 1979. **La concentración industrial en Costa Rica (1964-1975) y las actuales formas de mercado dominantes.** IIE/UCR, documentos, Abril 1979.

- OFIFPLAN. 1982. **Evolución socioeconómica de Costa Rica 1950-1980.**  
EUNEDA, San José.
- Paz G. 1976. **Estudio sobre el universo cafetalero** (mimeografiado).
- Reuben S. 1982. **Capitalismo y crisis económica en Costa Rica. Treinta años de desarrollo.** Editorial Porvenir, San José.
- Rojas M. 1988. **Lucha social y guerra civil en Costa Rica. 1940-48.** 2a ed.  
Editorial Porvenir, San José.
- Rovira, J. 1988. **Estado y política económica en Costa Rica. 1948- 1970.** 3a ed.  
Editorial Porvenir, San Jose.
- Salazar JM.1982. **Política y reforma en Costa Rica. 1948-1958.** 2a ed. Editorial  
Porvenir. San José.
- Solís MA.1992. Costa Rica. Reformismo Socialdemócrata o liberal? FLACSO,  
San José. Trejos JD. 1990. **Pobreza y política social en Costa Rica.**  
MIDEPLAN, Proyecto regional para la superación de la pobreza en América  
Latina, documento I, Mayo 1990.
- UCID. 1981. **De los empresarios políticos a los políticos empresarios.** Oficina  
de Publicaciones, Universidad Nacional, Heredia.
- Valverde JM, Donato E, Rivera R. 1989. Costa Rica: movimientos sociales  
populares y democracia. En: Rojas M, et. al. **La democracia inconclusa.** DEI,  
San José.
- Valverde JM, Jean Pierre B, Araya C. 1990. Crisis y política social **en Costa  
Rica 1980-1988.** Tendencias y perspectivas. Informe final de investigación.  
CSUCA/IIS-UCR, San José.
- Vega JA. **Hacia una interpretación del desarrollo costarricense.** Ensayo  
sociológico. Editorial Porvenir, San José, 1986.

# 6. Problemas y retos del sector salud durante los años ochenta

*Dr. Carlos Muñoz Retana y José Manuel Valverde*

## Introducción

En 1940 empezó una intervención sistemática del gobierno de Costa Rica en el sector salud, a través de la formación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el fortalecimiento del Ministerio de Salud. A partir de los años cincuenta, el gobierno incrementó su participación en el sector social, como parte de una nueva estrategia de desarrollo. El sector salud no fue una excepción, y en efecto, en ese momento, la intervención del gobierno se volvió más intensa, culminando en los años setenta, cuando Costa Rica se consideró un país modelo en el área de salud.

Al inicio de los años ochenta, Costa Rica entró un periodo de crisis económica que tuvo enormes consecuencias para la calidad de vida de la población. Algunas de las consecuencias en el sector salud fueron el deterioro en algunos servicios, las dificultades económicas en responder a la nueva demanda de los servicios, y la presión del gobierno para adoptar medidas que redujeran los gastos.

Los problemas que se generaron por esta situación apoyaron el criterio de que el sector salud necesitaba ser reestructurado. Este proceso coincidió (al comienzo de los años ochenta) con la aparición de las ideas neoliberales y la implementación del ajuste estructural, y las políticas de estabilización que tenían una fuerte influencia en la evolución del sector salud.

Con el propósito de comprender los sucesos de los años ochenta, ocurridos en el sector salud como resultado de la crisis y el ajuste estructural, nuestro objetivo principal en este capítulo es analizar los principales problemas del sector salud, las experiencias en la reorganización institucional y los nuevos modelos en la atención de salud. La última sección resume la evolución del

sector salud en los años ochenta y aborda algunos temas relacionados con la posible situación en los años noventa.

## **Algunos problemas del sector salud en los años ochenta**

La crisis bajo la cual Costa Rica inició la década de los años ochenta muestra un cambio en el estilo de desarrollo que predominaba en los decenios anteriores. Trejos, en el capítulo 5, describe la estrategia de desarrollo que se siguió en el país de 1950 a 1980 y, en particular, la promoción del bienestar social. La crisis de los años ochenta se manifestó en una producción industrial inferior (-4,3 y -7,7% en 1981 y 1982, respectivamente) y en las principales exportaciones en el sector agrícola y animal (-8,3%) en 1982, así como en la inflación de precios (65,1 y 81,8% en 1981 y 1982) que provocó un deterioro significativo en la calidad de vida y en las condiciones de trabajo entre los trabajadores de la clase obrera y los campesinos, y entre las clases urbanas medias.

La crisis también se sintió en otros sectores, por ejemplo, en la reducida inversión pública y privada, mayor desempleo y subempleo, aumento del déficit fiscal, disminución en el comercio extranjero, mayor deuda externa y un fuerte desajuste en los pagos internacionales. En un sentido, esta fue una crisis que afectó a la estrategia de desarrollo seguida durante las décadas anteriores.

Hasta cierto punto, la respuesta del gobierno a la crisis iba acompañada de la estabilización y, simultáneamente, por un proceso de ajuste estructural que fue lento y gradual. Este proceso también surgió como el mecanismo mediante el cual el gobierno respondía a la nueva tendencia internacional hacia la globalización de la producción para resolver los problemas económicos de Costa Rica.

Este proceso de ajuste estructural consta de una reestructuración gubernamental y económica que permite que Costa Rica funcione dentro del nuevo ambiente de la globalización y la flexibilidad internacional en la producción. Análisis detallados de este proceso pueden encontrarse en Trejos y Villalobos (1992). Algunas de las medidas tomadas fueron, la reducida

protección de la producción para los mercados internos, la reducción y eliminación de los subsidios para los servicios públicos, la apertura de fronteras para las importaciones y exportaciones, la devaluación del colón, la reestructuración del sector público y los cortes en el presupuesto del gobierno para reducir el déficit fiscal y pagar la deuda externa. Para llevar a cabo este proceso, se firmaron cartas de intención con el Fondo Monetario Internacional (FMI) durante los años ochenta (en 1982, 1985, 1987 y 1989) y dos convenios de ajuste estructural con el Banco Mundial, uno en 1985 y el otro en 1987. Como resultado de la crisis, en 1982-1983 la respuesta inicial de las autoridades de salud era tomar las siguientes medidas: presionar al gobierno para que cumpliera con los acuerdos financieros que había acordado anteriormente con el sector salud, reducir el número de medicinas consideradas como básicas, prohibir la compra de equipo nuevo, retiro temprano de empleados, eliminar los beneficios y privilegios recibidos por los trabajadores de la CCSS y eliminar servicios de alto costo, como los lentes de contacto y procedimientos dentales complejos. Posteriormente se tomaron medidas adicionales como parte del proceso de ajuste. Estas acciones incluyeron el control de gastos, mejoramiento de la eficiencia, coordinación e integración de servicios entre la CCSS y el Ministerio, y descentralización de las operaciones mediante un proceso de regionalización administrativa de los servicios de salud.

Este proceso fue conceptualizado por el Dr. Edgar Mohs, quien fue Ministro de Salud entre 1986 y 1990:

La crisis nos mostró que fue necesario revisar y transformar la estructura y operación del sector salud para hacerlo más sólido, eficaz y moderno. También expuso problemas de tamaño, competencia y debilidades técnicas, así como fallas organizacionales de muchos conceptos e instituciones. Aclaró que el gobierno tenía que volverse más pequeño, más eficiente y mejor administrador del conocimiento y los recursos. La teoría del sistema también ganó terreno, incluyendo el principio de competencia entre el público y el sector privado. (MS, 1991, p. 2)

En ese sentido, las medidas tomadas por las autoridades de salud durante aquellos años, son prueba de un cambio radical en la manera de cómo se percibió el problema de salud. Esta es, quizás, la situación más peculiar que empezó a salir a la luz durante aquellos años. Incluye dos aspectos esenciales que están profundamente relacionados: la necesidad de reestructurar las instituciones y la revisión del modelo empleado para la provisión de los servicios de salud. En las siguientes secciones determinaremos lo que sucedió durante aquellos años, en lo que se refiere a la función y situación financiera general del sector salud, y la evolución del perfil epidemiológico.

### **Deterioro del Sistema Nacional de Salud**

Durante los años ochenta, el sector salud presentó problemas que fueron el resultado de la baja eficiencia en el sistema, consecuencia, en parte, de la crisis y el proceso de ajuste estructural, y en parte de los problemas intrínsecos en el modelo administrativo que se estaba siguiendo en la provisión de los servicios de salud.

En el caso del Ministerio de Salud, hubo una serie de factores que convergieron para generar un bajo nivel de eficiencia en la mayoría de los programas. Por un lado, la pérdida del interés político en lo referente a la función de esta institución dio lugar a los cortes presupuestarios. Por el otro, la reducción de la inversión social causada por el proceso de ajuste estructural (PSA) ejerció un grave efecto sobre el Ministerio, ya que esta institución depende en gran medida del presupuesto federal. Mientras que en 1980 el Ministerio contribuyó con 17,25% de los gastos, en 1990 esta cifra fue solo 11,13%. Entretanto, la población aumentó de 2.284.495 en 1980 a 3.014.596 en 1990. Esto representa un aumento de 730.101 habitantes, cuya mayor demanda de los servicios de salud del Ministerio no se han respondido plenamente.

Los déficit presupuestarios tuvieron consecuencias inmediatas para el funcionamiento de los programas preventivos para la población general. Uno de los primeros indicadores afectados fue la cobertura. El programa de atención primaria de salud, que llegó a 60% de la población rural y urbana de alto riesgo en 1980, solo cubrió a 40% de estas poblaciones en 1990. La

situación pudo haber sido aun peor de lo que parece, ya que los trabajadores de salud, responsables de este programa, tienen que efectuar su trabajo sin equipo adecuado, transporte, y recursos económicos para cubrir a los hogares en sus áreas de concentración.

El Programa de Inmunización también sufrió una importante pérdida en la cobertura. Una encuesta llevada a cabo en 1987 (Valadez et al, 1987, p. 12) encontró una cobertura de solo 44% para la vacuna contra el sarampión (siguiendo los procedimientos estándar de la OPS/OMS). Esta situación puede explicar la grave epidemia de sarampión ocurrida en Costa Rica en 1989-1991

El Programa de Prevención Dental también sufrió una importante pérdida en la cobertura. El cuadro I muestra cómo el incremento en la matriculación escolar se asocia con una disminución en el número de niños servidos. De hecho, la cobertura descendió de 45,9% en 1980 a 25,5% en 1990.

#### CUADRO I

##### Cobertura dental de escolares 1980,, 1990

| Año  | Niños matriculados | Niños tratados | Cobertura(%) |
|------|--------------------|----------------|--------------|
| 1980 | 348,674            | 150,153        | 45.9         |
| 1985 | 362,877            | 154,944        | 42.7         |
| 1990 | 410,091            | 104,672        | 25.2         |

Fuente: Ministerio de Educación Pública y Departamento de Odontología del Ministerio de Salud.

Otro programa preventivo que ha sido afectado gravemente es el Programa de Atención Nutricional e Integral, que en 1987 este programa sirvió a 105.813 beneficiarios, esta cifra disminuyó a 59.110 en 1991. Esta disminución representó una reducción de 44% en la cobertura desde 1987. Los gastos para este programa descendieron de 55 millones de colones en 1986, cuando el programa mostró los máximos gastos por debajo de 33 millones de colones, ajustados al valor de 1966, en 1991. El componente que fue más afectado durante este periodo fue la provisión de productos alimentarios. Los gastos para alimentos descendieron de 27 millones de colones en 1986 a 11

millones de colones en 1991. Por el contrario, los servicios personales aumentaron durante el mismo periodo de 13 millones de colones en 1986 a 20 millones de colones en 1991. Es obvio que la reducción de los gastos en el Programa de Atención Nutricional e Integral se ha logrado mediante la reducción del número de raciones, y también muy probable por una inferior calidad de los alimentos recibidos por los beneficiarios.

La ineficiencia también afecta a los servicios prestados por la CCSS a diferentes niveles. La alta proporción de trabajadores administrativos encontrados en los consultorios (casi 30%) es casi dos veces el nivel encontrado en los hospitales nacionales y regionales (Vallejo y Lunes, 1991).

La ineficiencia en el uso de los recursos es un factor que disminuye la calidad de los servicios ofrecidos en los hospitales nacionales (México (HM), San Juan de Dios (HSJD) y Calderón Guardia (HCG)). Estos hospitales utilizan los recursos del sector salud que podrían emplearse a nivel de atención primaria de salud (con base en información proporcionada por el Sistema de Información Administrativa del CCSS). Estos tres hospitales están ubicados en la capital nacional de San José y son altamente especializados. Los servicios médicos en el HSJD tienen un costo para dar de alta de 137.298 colones, mientras que en el HCG esta cifra es 60.125 colones; el costo es 2,3 veces más en el HSJD que en el HCG, aunque la estadía promedio fue similar en ambos hospitales. Las diferencias en los gastos fueron aun mayores en el servicio de ginecología, donde el costo para dar de alta en el HM fue 113.278 colones frente a 24.963 colones en el HCG.

Una situación similar ocurrió en el área de cirugía y obstetricia. En la última observamos que un parto vaginal cuesta 3,7 veces más en el HM que en el HCG. El costo diario por cama ocupada también mostró diferencias significativas que solo pueden ser explicadas debido a la escasa eficiencia. En el HSJD el costo diario por cama ocupada en el servicio médico fue dos veces mayor que en el HCG, y en el HM el costo diario por cama ocupada en el servicio de ginecología fue 4,3 veces mayor que en el HCG.

Hay una variabilidad sustancial en los costos, los cuales pueden ser sumamente significativos: el costo de una cirugía es 22.024 colones más alta en el HM que en el HCG y el costo de una ración alimentaria en el HSJD es 2,4

veces mayor que en el HCG. En el caso del HSJD, el costo de una ración alimentaria es tan alto (592 colones), que no cabe duda de que sería más barato para el hospital prestar este servicio a través de un restaurante en la capital.

Para comprender las consecuencias financieras del sector salud referente a este bajo nivel de eficiencia, se generó un cálculo utilizando los cuatro servicios: cirugía, laboratorio, farmacia y nutrición. Se usó como referencia al HCG, porque tuvo costos más bajos que los otros dos hospitales. Con base en el volumen de producción en cada hospital y los costos del HCG, estimamos un ahorro de 860.833.870 colones en 1991, si todos los hospitales tuvieran el mismo nivel de gastos como el HCG.

Aunque algunos de estos problemas ya estaban presentes, la crisis y el proceso de ajuste los profundizaron, justificando la propuesta para revisar la forma de operación del sector salud.

### **Evolución del perfil epidemiológico**

Durante los años setenta, el sector salud se desarrolló y pudo brindar a la población considerables prestaciones de salud. La tasa de mortalidad infantil descendió de 61,6/1.000 en 1970 a 19,1/1.000 en 1990. La esperanza de vida al nacer aumentó de 68,1 años en 1965-1970 a 73 años en 1975-1980. La mortalidad asociada con enfermedades infecciosas y parasitarias se movió del primer lugar como causa de muerte en 1970 (6/10.000) al octavo lugar en 1980 (1,5/10.000). La gastroenteritis y la colitis, que fueron la principal causa específica de muerte en 1970, se movieron al decimoquinto lugar como causa específica de muerte en 1980.

Inesperadamente, las enfermedades degenerativas crónicas surgieron como importantes. Durante ese decenio, las enfermedades cardiovasculares se convirtieron en la principal causa de muerte en el país y el infarto del miocardio se convirtió en la principal causa específica de muerte. La tasa de los cánceres aumentó de los niveles en 1970, y estas enfermedades se convirtieron en la segunda causa específica de muerte. Durante esa década, la tasa de mortalidad por trastornos metabólicos aumentó de 1,6 en 1970 a 2,4 en 1975, y las anomalías congénitas se volvieron las causas más importantes de muerte.

Durante los años ochenta, la tendencia descendente en las enfermedades infecciosas y parasitarias continuó, aunque a un ritmo más lento, comparado con el decenio anterior. La tasa de mortalidad infantil descendió hasta alcanzar 13,9/1.000 en 1989, y la esperanza de vida al nacer aumentó a 74,7 años en 1985- 1990.

De acuerdo con la información proporcionada por el sistema de vigilancia nutricional del Programa de Atención Primaria de Salud, la desnutrición moderada aumentó de 1,91% en 1987 a 2,6% en 1990. De hecho, había 15 condados donde el número de casos con este tipo de desnutrición aumentó más de 100%. La desnutrición grave también aumentó durante este periodo, y entre 1987 y 1990, había 14 condados que mostraron un aumento de 100% o más en el número de casos con este tipo de desnutrición. Solo en tres condados descendió la desnutrición grave (Novygrodt, 1992).

Las enfermedades degenerativas crónicas no solo se convirtieron en la principal causa de muerte, sino sus tasas aumentaron durante el decenio. La tasa de las enfermedades circulatorias aumentó de 10,3/10.000 en 1980 a 11,0/10.000 en 1989. La tasa de los tumores aumentó de 6,8/100.000 en 1980 a 8,1/100.000 en 1989. En 1989 más de 61% de la mortalidad registrada (64% de mortalidad masculina y 58% de mortalidad femenina) se debió a las enfermedades circulatorias, los tumores y los accidentes.

A pesar de este claro cambio en el perfil epidemiológico del país, no hubo cambios sustanciales ni en la organización ni en las políticas y estrategias del sector salud. En realidad, los esfuerzos para el cambio estaban más relacionados con las nuevas condiciones que fueron impuestas por el proceso de ajuste estructural de los años ochenta, que cualquiera de los cambios en el perfil epidemiológico del país.

A finales de los años ochenta, el sector salud parecía estar retrocediendo en vez de ir avanzando, como lo había estado haciendo en las décadas anteriores. La proporción de la población cubierta mediante las estrategias de atención primaria de salud, descendió, las inversiones en salud se concentraron en los servicios curativos, algunas enfermedades infecciosas cobraron importancia (malaria, sarampión), y los trastornos por deficiencias

nutricionales, como la anemia por carencia de hierro y la desnutrición grave, mostraron signos de ir en aumento

### **Evolución de la situación financiera del sector salud**

La crisis económica y las medidas de ajuste estructural que son implementadas por los gobiernos para enfrentarla afectan rápidamente al sector salud. El gasto del gobierno en salud es uno de los componentes que está sumamente afectado. Entre 1960 y 1980, en Costa Rica estos gastos aumentaron significativamente, alcanzando el nivel más alto entre 1979 y 1980 a 8,6% del producto nacional bruto. De ahí en adelante, los gastos descendieron a 6,1 % del producto nacional bruto en 1982. Al siguiente año, los gastos se recuperaron lentamente, pero nunca alcanzaron los niveles de 1980. Hacia 1990, los gastos en salud representaron 7,8% del producto nacional bruto.

Las inversiones per cápita en salud también fueron afectadas. En 1980, la inversión fue 6.698 colones por habitante (con base en colones constantes en 1985). Esta inversión descendió en 1982 a 3.534 colones por habitante, y a esa altura empezó a recuperarse lentamente, pero nunca alcanzó el nivel de 1980. En 1990, la inversión per cápita alcanzó 5.640 colones. La proporción del presupuesto total del gobierno dedicado a la salud, descendió. Mientras que en 1980 los gastos para salud representaron 14,5% del presupuesto total del gobierno, esta cifra descendió a 13,0% en 1982 y a 12,0% en 1984, y debido a una lenta recuperación, esta cifra aumentó a 14,0% en 1988. El dinero que recibió el sector salud también fue afectado durante este periodo. Mientras que en 1981 el presupuesto federal proporcionó 13,9% del presupuesto del sector salud, esta cifra descendió a 10,4% en 1986 y a 9,6% en 1988.

Durante esta década, el Ministerio sufrió graves cortes presupuestarios. El Ministerio recibe fondos, principalmente, de tres fuentes: el presupuesto federal, la Dirección General de Recursos Familiares (DESAF) y la lotería nacional. Estas tres fuentes proporcionaron 2.400,9 millones de colones al sector salud en 1982, 2.836,5 millones en 1985, y 2.086,4 millones en 1990. En otras palabras, en términos reales, el presupuesto del Ministerio ha estado descendiendo porque el valor del colón bajó durante este tiempo.

La debilidad financiera del Ministerio ha aumentado la relativa importancia de la CCSS como una fuente financiera para el sector de salud pública. La CCSS ha hecho transferencias al Instituto de Seguro y al Ministerio para ayudarles a financiar sus servicios, y ha incorporado muchas de las actividades preventivas del Ministerio dentro de sus propias actividades institucionales. Sin embargo, la CCSS también sufrió económicamente al comienzo del decenio. En 1981, la CCSS tenía un déficit de 239 millones de colones, y para 1982 el excedente fue solo 79 millones de colones. El déficit acumulado en 1982 fue de más de 2.000 millones de colones. Esta situación obligó a la institución a aumentar los honorarios cobrados a sus miembros, de 6,8 a 9,3%. Por tanto, se tuvieron que tomar las siguientes medidas (con base en una entrevista en agosto de 1992 con el Dr. Guido Miranda, Presidente Ejecutivo de la CCSS 1982-1990)

- Pago de los beneficios a 2.000 empleados, muchos de ellos eran personal técnico calificados.
- Establecimiento de un paquete básico de medicinas requeridas.
- Requerimiento del uso exclusivo de este paquete.
- Prohibición de la prescripción de medicinas patentadas y un máximo de tres prescripciones por visita en el servicio de atención de pacientes ambulatorios.
- Controles para reforzar el cumplimiento de las normas, estableciendo a los pacientes por hora, por doctor permitido (cinco pacientes/hora para médicos familiares y cuatro pacientes/hora para médicos especializados).
- Establecimiento de normas para la duración de estancias en el hospital.

Con los aumentos de los honorarios y las medidas tomadas para controlar los gastos durante 1982- 1986, la CCSS mostró una recuperación financiera que se mantuvo hasta 1987. Durante este periodo (1983- 1987), se generó un exceso de fondos entrantes en relación con los gastos del Programa de Enfermedad y Maternidad, que permitieron que esta institución modificara los efectos de la crisis y se convirtiera en una fuerza financiera cada vez más predominante en el sector salud. En 1990, las contribuciones de la CCSS representaron 75% de los gastos del sector salud.

Después de 1987, la CCSS mostró un debilitamiento financiero significativo, yendo de un excedente de 1.764 millones de colones en 1987 a un déficit de 364 millones en 1990. Un factor que determinó esta situación fue la deuda pública acumulada por el gobierno. Durante el decenio, el gobierno después de tener una deuda de 319.245 millones de colones con el Seguro de Enfermedad y Maternidad en 1980, pasó a tener una deuda de 3.799.731 millones en 1990. La deuda con el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte fue 584.619 millones de colones en 1990.

Los pagos del gobierno han sido parciales, tardados, sin compensación total por la inflación, y a menudo, proporcionado certificados del gobierno. En consecuencia, la CCSS ha financiado parte de las medidas de ajuste, desplazando parte del excedente de la institución hacia otras prioridades financieras del gobierno costarricense.

## **Respuesta organizacional a la crisis y el proceso de ajuste estructural**

Los temas planteados anteriormente, suscitan preguntas acerca de la estructura y operación del sector salud, y requieren de la búsqueda de soluciones para los problemas. En el sector de la salud, el Ministerio de Salud es la institución que fue más afectada por la crisis económica y necesita buscar

modelos alternativos de organización que le permitirán adaptarse a la nueva situación.

### **Propuesta para la integración de los servicios de salud**

En su libro *La Integración de Servicios de Salud en Costa Rica*), Jaramillo y Miranda, declaran que:

La estrategia gira alrededor de la intención de crear y consolidar un nuevo modelo para la atención de salud en el país, un Sistema de Atención Nacional de Salud que funcione siguiendo un enfoque integrado, más eficiente que los servicios existentes y sobre todo a un costo más bajo.... Su propósito es ofrecer prestaciones de salud que son integrales y de suficiente calidad y cantidad para cubrir las demandas de estos servicios en todo el país, con base en los recursos financieros existentes. (Jaramillo y Miranda, 1985, pp. 10 y 11).

Al inicio de los años ochenta, la crisis económica y fiscal del país creó condiciones que requerían la búsqueda de alternativas que permitieran una mejor utilización de los recursos existentes, sin afectar la cobertura y la calidad de los servicios. La integración de los servicios representa una de estas alternativas.

Entre 1982 y 1985, la integración de los servicios se convirtió en la política más importante en el sector salud, plenamente apoyada por la CCSS y el Ministerio de Salud. En 1985, se integraron 80 de las 198 (40,4%) unidades de salud (centros de salud y consultorios) del Ministerio de Salud y de la CCSS (Alfaro y Chaves, 1986).

Con el cambio de gobierno en 1986, la integración de los servicios de salud ya no era una prioridad, a pesar que en 1989 y 1992 se firmaron nuevos convenios que incluían la integración de los servicios de salud. Sin embargo, este proceso en realidad tenía limitaciones políticas y técnicas que obstaculizaron su desarrollo en las últimas dos administraciones. En una evaluación llevada a cabo en agosto-septiembre de 1991 (García, 1992), solo 31 de los 53 centros del Ministerio de Salud se integraron en la misma ubicación física, y solo nueve de ellos tenían un solo jefe. Estos números

reflejan el hecho de que durante las últimas dos administraciones no han habido adelantos importantes en el proceso de integración física y funcional de los servicios de salud de las dos instituciones.

En resumen, 10 años después que se lanzó el proceso, el progreso en la integración de la CCSS y el Ministerio de Salud está todavía limitada y muy lejos de alcanzar las metas propuestas por Jaramillo y Miranda en 1985. El proceso no contribuyó al desarrollo de un nuevo modelo, dado que cada institución continuó funcionando bajo sus propias reglas, y en la mayoría de los casos simplemente compartieron el espacio físico, siguiendo los mismos reglamentos y procedimientos que estaban en efecto antes de que empezara el proceso de integración.

Tampoco se logró la consolidación de un Sistema Nacional Atención de Salud, principalmente porque las autoridades insistieron en mantener la autonomía funcional de las instituciones, lo que dificultó más desarrollar un enfoque integral para la salud. Contrario al enfoque de integración, existen pruebas de que a los enfoques curativos se les dio prioridad, relegando las medidas preventivas a una función menos importante. Esto fue perjudicial para la visualización de las estrategias necesaria para enfocar los problemas nacionales de salud (Sanguinetti, 1988, p. 130).

La mayoría de los centros integrados carecieron de planes operativos y de la intención para efectuar actividades conjuntas. Además, los procedimientos que se siguieron para garantizar una utilización racional de los recursos estaban lejos de ser eficaces en función de los costos. Finalmente, vale la pena observar que a partir de 1986 ha habido una falta de presión política para llevar a cabo y consolidar el proceso de integración, tal como se planificó originalmente.

### **Los sistemas locales de atención de salud (SILOS)**

La segunda experiencia importante del Ministerio de Salud y la CCSS en respuesta a la crisis y a los programas de ajuste estructural fue el desarrollo de los denominados Sistemas Locales de Atención de Salud (SILOS). Al comienzo de la administración del Presidente Arias (1986-1990), el fortalecimiento del

Sistema Nacional de Atención de Salud (SNS), la equidad en los servicios, la descentralización y la participación comunitaria se convirtió en parte de la política nacional de salud. La operacionalización de esta política incluyó el decidido apoyo al modelo de los SILOS y la relegación de la propuesta de integración de servicios a un segundo plano en importancia. En este momento, los SILOS fueron concebidos dentro de esta nueva política como la alternativa para la reorganización y reorientación de las políticas y procedimientos técnicos y administrativos para el Sistema Nacional de Atención de Salud.

En 1987, como parte de este proceso, se firmó el Decreto No. 19,265S que ordenaba la creación de los SILOS en Costa Rica. Este decreto establece que:

el Ministerio de Salud prestará servicios básicos de atención de salud a través de un programa llamado "Programa de Salud Integrada" que garantiza la provisión de los servicios básicos, para el mejoramiento y promoción de la salud, la prevención de enfermedades y un control integral del ambiente, el individuo, la familia, la comunidad y su medio.

El artículo No. 6 de este decreto establece que los SILOS "organizarán, administrarán y coordinarán" los recursos disponibles mediante la elaboración de un plan operativo y un presupuesto local. Sin embargo, el decreto no establece la descentralización de los recursos humanos y financieros para ejecutar el plan operativa de los SILOS y la administración del presupuesto. Paralelo a la firma del decreto por el Ministerio de Salud, la CCSS adoptó como propio el documento de la OPS (CD 33/14) "Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS". En 1989 se establecieron las normas generales para el Sistema Nacional de Atención de Salud. La base organizacional del Sistema Nacional de Atención de Salud son los SILOS, que se definen como

el grupo de establecimientos y representantes organizados de la comunidad ubicada en un área geográfica predefinida, que utilizan los recursos de una manera racional y que coordina o lleva a cabo sus actividades siguiendo un plan local basado en la estrategia de atención primaria de salud.

Durante ese mismo mes, se firmó el convenio entre el Ministerio de Salud-CCSS para la integración y coordinación de los servicios, que básicamente agregó al convenio de 1984 la estrategia de los SILOS. Este

convenio mantuvo la autonomía funcional, tanto del Ministerio como de la CCSS y asignó al Ministerio de Salud la responsabilidad de la promoción, mejoramiento de la salud y prevención de enfermedades, y a la CCSS la recuperación y rehabilitación de la salud. Ambas instituciones mantuvieron presupuestos, normas y bienes materiales separados.

Un suceso importante durante este periodo fue el establecimiento de mecanismos para la coordinación interinstitucional. Las normas generales del Sistema Nacional de Atención de Salud proponen diferentes comités coordinadores: el Consejo Nacional Sectorial, el Consejo Técnico Interinstitucional, el Consejo Técnico Regional Interinstitucional y el Consejo Técnico del Área. El convenio del Ministerio de Salud-CCSS para la integración y coordinación de los servicios establece los siguientes mecanismos coordinadores: el Consejo Técnico Local, el Consejo Técnico Básico, el Consejo de Salud y Seguro Social, y los Comités Locales de Salud.

En noviembre de 1990 y febrero de 1992, se evaluó el desarrollo de los SILOS. Estas evaluaciones identificaron algunos logros y la persistencia de importantes dificultades para la atención de salud a nivel regional y local. Con respecto a la descentralización:

... hay mecanismos ocultos que todavía están siendo utilizados para concentrar el poder de decisión a nivel central y regional, porque hubo más adelantos con la delegación de la autoridad y responsabilidad... que con la delegación de la administración de los recursos.

Otras áreas que mostraron poco desarrollo fueron planificación social y participación comunitaria. Esta última observación es muy significativa, ya que estas evaluaciones no pudieron detectar cualquier progreso en esta área, que es la piedra angular de la estrategia de los SILOS (Ayala et al., 1992).

Quizás el factor que más afectó el desarrollo de esta nueva estrategia de atención de salud fue la decisión del gobierno 1990-1994 de considerar, como una prioridad política, la idea de llevar a cabo una reestructuración global del sector salud. Por este motivo, la política que abogaba por el fortalecimiento de los SILOS se relegó a una segunda prioridad, según lo ilustra la disolución de la comisión que fue responsable de este proceso (COMINSILOS). El proceso

está restringido a los esfuerzos aislados de algunos jefes regionales de la CCSS y del Ministerio de Salud.

### **Sistema de Atención de Salud Mixto Privado e Institucional**

Como parte del proceso, durante los años ochenta la CCSS también desarrolló algunas alternativas al modelo predominante. Específicamente, durante la primera mitad de los años ochenta, se desarrolló el denominado Sistema Mixto de Atención de Salud y se fortaleció el Sistema del Sector Privado.

En el Sistema Mixto, el médico ve a los pacientes en su propia oficina y tiene la concesión de la CCSS para extender prescripciones, ordenar exámenes de laboratorio y radiográficos y remitir a los pacientes a los hospitales y consultorios de la CCSS. Bajo este sistema el paciente le paga al médico y no es reembolsado por la CCSS.

Este sistema fue establecido en abril de 1981 con los objetivos de:

- Reducir la carga de pacientes ambulatorios en los consultorios y los hospitales (CCSS Plan Quinquenal, 1986- 1990).
- Establecer una relación más estrecha entre el médico y el paciente (Informe de la CCSS, julio de 1987, p. 3; citado por Ugalde y Ruede, 1988).

Por otro lado, el Sistema de Atención de Salud del Sector Privado consta de instalaciones médicas instaladas voluntariamente por negocios privados y generalmente es administrado por personal de medio tiempo (médicos, enfermeras, secretarias, etc.), en un horario de dos a tres horas.

Al igual que el Sistema Mixto, los servicios que incluyen laboratorio, farmacia, radiología y referencia a especialistas son recibidos por los pacientes sin costo para la CCSS.

Este sistema se creó con los objetivos de:

- Reducir la carga de atención de pacientes ambulatorios en los consultorios y los hospitales.

- Reducir la pérdida económica de las empresas, asociada al tiempo que gastan sus empleados al visitar los consultorios de la CCSS.

Este programa se inició en 1970 con una empresa; en 1983 aumentó a 371 empresas y en 1986 a 613.

Aunque estos dos sistemas hubieran tenido un desarrollo importante durante el periodo, también sufrieron las limitaciones del modelo predominante para la provisión de los servicios de salud:

- Ambos sistemas reproducen el modelo de atención de pacientes ambulatorios de la CCSS, el cual se fundamenta en la medicina curativa y la prescripción de medicamentos.
- En ambos sistemas, los exámenes de laboratorio, las prescripciones y las referencias de especialistas son responsabilidad de la CCSS, lo que aumenta la demanda en estos servicios.
- A pesar del enorme potencial del sistema del sector privado, no realiza esfuerzos preventivos o desarrolla programas que incluyan salud ocupacional. Hay tres elementos que son los responsables de esta situación:
  - Los médicos no están capacitados en salud ocupacional.
  - Las empresas contratan a los médicos para ofrecer a sus trabajadores medicina curativa, por lo tanto eliminan la necesidad de visitar los consultorios externos.
  - Es difícil para un médico contratado por una empresa, resolver los problemas de salud de los trabajadores, que en su mayoría son causados por el inadecuado ambiente de trabajo.

## Cooperativas de Servicios de Salud

En 1986 se creó la primera empresa cooperativa para la administración de los SILOS (COOPESALUD, R.L.). El proyecto se lanzó en 1988 con PAVAS, a través de los servicios de la CCSS, y en 1989 el Ministerio de Salud adoptó la cooperativa en sus programas. En enero de 1990, otra cooperativa (COOPESAIN R.L.) en el condado de Tibás, empezó a administrar y supervisar el consultorio en esa localidad.

Ambas cooperativas fueron organizaciones dirigidas por sus miembros y definidas como aquellas empresas organizadas para la producción de bienes y servicios, en donde los miembros trabajadores supervisan todas las actividades y proporcionan la fuerza laboral con el fin principal de realizar actividades productivas a cambio de beneficios económicos y sociales que son proporcionales a su esfuerzo. (Marín y Vargas, 1991).

Estas cooperativas promueven el desarrollo de un nuevo modelo de atención de salud, basado en:

- Un enfoque biosocial en el proceso de salud-enfermedad.
- Cobertura total y equitativa de la población.
- Incorporación de la comunidad en el proceso de diagnóstico, programación, evaluación y control de los servicios de salud.
- Desarrollo de un modelo de atención familiar y primaria de salud que fortalece y promueve el sistema de atención integral de salud.
- Actividades programadas con base en el diagnóstico de salud de la comunidad y definición de prioridades.

El desarrollo de este modelo se basa en el área de salud (subregión o distrito de salud) con una población de 15.000 a 30.000 habitantes en las áreas rurales y 15.000 a 45.000 habitantes en las zonas urbanas.

Las áreas de salud se subdividen en sectores con 500 a 2.000 casas. A cada sector se le asigna equipo básico de atención integral (EBAI), que consiste al

menos de un médico general, un auxiliar de enfermería, un técnico en salud comunitaria y un asistente clínico. Este equipo es responsable de las actividades de atención primaria de salud en cada comunidad. En los sectores grandes, se incluyen dos o más EBAIS.

Los servicios prestados por ambas cooperativas incluyen:

- Atención médica general y especialidades básicas, como ginecología y obstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía, psiquiatría, odontología y medicina familiar y comunitaria.
- Servicios dentales.
- Farmacia.
- Laboratorio.
- Radiología.
- Emergencias.
- Promoción de la salud y servicios preventivos.
- Atención médica comunitaria.

Cuatro años después de la primera experiencia en los servicios de salud administrados bajo la cooperativa modelo, fue digno de mención que solo (había) dos consultorios que siguieron este enfoque. Algunas razones que se lían mencionado para explicar el limitado desarrollo del modelo son:

- La falta de gerentes que sean capaces de supervisar estos tipos de proyectos.
- La falta de un marco legal para que las instituciones de salud pública contraten a los gerentes.
- El monopolio de los servicios públicos por la CCSS.
- La falta de motivación de los funcionarios del gobierno para involucrarse en los esfuerzos de privatización.
- La oposición de los sectores tecnocráticos en la CCSS.
- Los pagos retrasados del Ministerio de Salud, lo que amenaza la viabilidad financiera de este tipo de proyecto.

## **Capitación**

En 1987 la comunidad de Barva de Heredia lanzó un proyecto muy original (el proyecto de capitación) que intentó romper con las normas tradicionales en el campo de la medicina dentro de la CCSS.

La capitación es una modalidad de organización para las visitas de la salud que depende del pago al médico, con base en el número de pacientes registrados, independientemente del número de visitas de los pacientes. El máximo número

de pacientes que pueden ser vistos por cada médico es de aproximadamente 2.500, y el médico tiene que trabajar tiempo completo para el sistema.

La capitación promueve los siguientes principios:

- La competitividad entre los médicos.
- Los pacientes pueden seleccionar libremente a sus médicos.
- El médico puede rehusar libremente el atender un paciente.
- Los médicos tienen la libertad de organizar su estilo de trabajo.

En la práctica, el sistema de capitación en Barva experimentó múltiples problemas que pueden ser responsables de la falta de difusión de este sistema. El estudio de pacientes ambulatorios realizado por Ugalde y Ruede (1988) concluyó que:

- En la práctica, el modelo ejecutado difiere del modelo europeo.
- El modelo no ha disminuido el nivel de burocratización y centralización de la atención de pacientes ambulatorios.
- No hay competencia entre los médicos, debido al pequeño tamaño de la población.
- Los datos existentes no muestran una mejora en la productividad de los médicos; en consecuencia, es probable que los costos por visita no han descendido.
- Los médicos y trabajadores de salud, y los gerentes responsables del proceso en la CCSS, en general muestran una falta de comprensión del sistema de capitación.
- El programa tiene una orientación biomédica y no integra Las actividades curativas y preventivas.
- Desde el inicio, se notó que el programa tenía una imitación legal, dado que según los criterios legales de la CCSS la relación entre los médicos y la CCSS es una relación de trabajador-empleador.

El modelo de capitación se extendió posteriormente a dos comunidades adicionales, una ubicada en Heredia y la otra en Alajuela. Sin embargo, los problemas internos del sistema le han impedido servir como un nuevo modelo para la provisión de la atención de salud.

### **Reestructuración del sector salud**

Hacia finales de 1989, se reconoció primero la necesidad de reorganizar y reorientar las funciones del Ministerio de Salud, con el fin de "renovar y desempeñar el papel directivo que le ha atribuido la legislación". Según el Dr. Mohs, este proceso le permitiría al Ministerio "garantizar la provisión de los servicios integrales a la comunidad... y el cumplimiento de las políticas de salud" (Ministerio de Salud, 1989, p. 1).

Los cambios estructurales propuestos por el Ministerio en ese momento incluyeron la eliminación de la Dirección General y la creación de tres áreas: servicio al público, atención ambiental y administración. Además, se propuso la eliminación de un número significativo de departamentos. Sin embargo, esta propuesta fue abandonada por el Ministerio de Salud debido a la oposición de los sindicatos y un momento político inadecuado (la propuesta se iba a implementar solo seis meses antes de la elección).

Con la llegada de la administración Calderón (1990-1994), la idea de que el sector salud necesitaba ser reestructurado cobró fuerza y tuvo el apoyo del Banco Mundial y el Banco Interamericano para el Desarrollo (BID). La idea básica fue asignar la dirección del sector salud al Ministerio y mover sus servicios de salud a la CCSS.

Una propuesta de reforma sanitaria que recientemente fue elaborada por el Ministerio y la CCSS, con la asistencia del Banco Mundial, enumera como prioridades los siguientes componentes o áreas de intervención: el fortalecimiento de una única dirección del Sistema de Salud, cuyo presidente estaría a cargo del Ministerio; la descentralización en la administración de los servicios y la implementación de las acciones; la diversidad en la provisión de los servicios; la transparencia en el origen y destino de los recursos; la provisión de los servicios con base en los criterios de integración, la calidad y la eficiencia; la reorganización de la estructura y la función del sector; la

evaluación de los modelos y programas que satisfacen las necesidades de la población.

Es obvio que estas iniciativas no pueden realizarse con solo un cambio en la administración de los servicios. Estas acciones incluirían una nueva mentalidad acerca de las responsabilidades y la función del gobierno, con respecto a la atención de salud de la población. Esto también señala una redefinición de la función que tradicionalmente ha sido desempeñada por el sector privado en el sistema de salud. La idea es que el sector privado desempeñe una función más activa en la provisión de los servicios de salud, en un esfuerzo para superar los problemas de la eficacia y eficiencia que están actualmente presentes en el gobierno costarricense. Todos estos aspectos deberán ser considerados cuando se aborden los retos planteados por las nuevas políticas estrategias y modelos para la provisión de los servicios que son prestados por el sector salud.

## **Equilibrio de los años ochenta y perspectivas para los años noventa en el sector salud**

A finales de los años ochenta, las dos instituciones más importantes en el sector salud se sumergieron en una profunda crisis. Por su parte, el Ministerio de Salud, después de recibir constantes cortes presupuestarios a partir de 1980 y enfrentarse con un aumento poblacional de 700.000 habitantes, básicamente se paralizó y solo pudo pagar el sueldo de sus empleados.

Las actividades preventivas se redujeron al mínimo, debido a la falta de recursos, como el flujo de dinero en efectivo, transporte, combustible y gastos de viáticos. Los programas basados en la estrategia de atención primaria de salud (Centros de Educación y Nutrición [CEN], Centros Integrados para la Atención de Salud Infantil [CINAI], programa escolar de prevención dental y la denominada atención primaria) redujeron considerablemente su cobertura, lo que debilitó el primer nivel de atención de salud en el país.

Por su parte, la CCSS pudo en mayor parte, superar la crisis económica mediante el aumento de los honorarios y la ejecución de medidas para el

control de los gastos internos, que limitaron aun más la capacidad de respuesta institucional para responder la demanda de los beneficiarios. Durante la segunda mitad de los años ochenta y los primeros dos años de los noventa, la CCSS sufrió una crisis económica sin precedentes, empeorada por la gran deuda externa del país y por la falta de satisfacción de los beneficiarios con los servicios proporcionados, en particular los relacionados con la atención de pacientes ambulatorios. Esto indica que los esfuerzos moderados que han sido dedicados para desarrollar modelos alternativos, no han producido los resultados esperados y están muy lejos de convertirse en la solución a corto y mediano plazo, de los problemas complejos que afronta la institución. Los dos esfuerzos más importantes llevados a cabo por el Ministerio de Salud y la CCSS en respuesta a la crisis, fueron la integración de los servicios durante la primera mitad del decenio y la ejecución de la estrategia de SILOS durante la segunda mitad. Estos esfuerzos no fueron capaces de satisfacer sus metas, en parte debido a las restricciones administrativas, legales y financieras presentes en ambas instituciones.

Se propuso la integración de la CCSS y los servicios del Ministerio de Salud como una estrategia para crear un nuevo modelo de atención de salud en el país, que culminaría en un Sistema Nacional Integrado de Atención de Salud (Jaramillo y Miranda, 1985). Sin embargo, las metas de este proceso, que se inició en 1983, fueron definidas ampliamente. La integración de las instituciones constó solamente de la colocación de la CCSS y de los centros de salud del Ministerio de Salud en la misma ubicación. Además, no hablan metas establecida para la distribución de los recursos o la calidad de los servicios. Los resultados muestran la falta de coordinación y cooperación entre el personal en ambas instituciones, tal como lo muestra la repetición de actividades, conflictos en la planificación y la ausencia de una estructura jerárquica (Sanguinetti et al., 1988). Lamentablemente, el proceso de integración no previó la necesidad de ajustes estructurales en la organización de los consultorios y los centros de salud, con la meta de establecer un sistema administrativo único que facilitaría el proceso. Al final de la administración del gobierno que promovió este modelo, el nivel de integración estaba alejado de las metas originalmente propuestas.

La estrategia de SILOS lanzada en 1987 también estaba lejos de alcanzar sus objetivos concebidos y para 1990 ya no se consideró una política viable de salud para el nuevo gobierno. Al igual que la integración de la CCSS y el Ministerio de Salud, una importante limitación para el desarrollo de los SILOS ha sido la ausencia de cambios en la organización administrativa y financiera de ambas instituciones, que les permitirían descentralizar y consolidar la verdadera participación comunitaria. Las limitaciones impuestas al proceso de ajuste hicieron más difícil proporcionar recursos humanos para la ejecución de los SILOS, disminuyendo las posibilidades de supervivencia de este modelo a mediano y largo plazo. En 1988, enfrentado con la urgencia de apoyar con recursos humanos al sector administrativo de los SILOS, el personal que trabajaba en atención primaria de salud fue transferido para satisfacer estas funciones. Esto causó el deterioro de todo el sistema de supervisión del programa de atención primaria de salud, sin resolver el problema administrativo de los SILOS.

Durante los años ochenta, la CCSS experimentó la implementación de varios modelos alternativos de atención de salud, incluyendo las cooperativas mixtas, privadas, de capitación y de salud, pero ninguna de ellas surgió como una alternativa viable a los modelos predominantes en la CCSS y en el Ministerio de Salud.

Los modelos mixtos y privados esencialmente reproducen el modelo de atención de salud, basado en la medicina curativa y la prescripción de medicamentos y están lejos de ser modelos integradores. Las cooperativas de Pavas y Tibás han sido grandes éxitos individuales. Sin embargo, la replicabilidad del modelo es cuestionado, y después de cuatro años de experiencia no parece ser una alternativa viable para todo el país.

La capitación incluso ha tenido mayores problemas y pone en duda la idea que el modelo costarricense corresponde al modelo europeo de capitación. Después de cinco años, no existe indicación de que este modelo pueda convertirse en una alternativa viable para el país entero. En conclusión, para fines de los años ochenta, ninguno de los modelos alternativos implementados por la CCSS parecían ser una alternativa viable a los modelos existentes.

Al inicio de los años noventa, el Ministerio de Salud se descapitalizó gravemente y sus principales programas se debilitaron. La CCSS estaba experimentando su más grave crisis financiera, sin tener la opción de aumentar los honorarios pagados por sus beneficiarios o sus empleadores, y enfrentándose a las quejas cada vez mayores acerca del deterioro de sus servicios y la atención de salud. Estos problemas se están volviendo más difíciles cada día y una nueva reestructuración parece ser necesaria. Entretanto, los logros y el impulso de la medicina preventiva y la iniciativa de nutrición de los años setenta continúan reflejándose en las estadísticas favorables de salud de Costa Rica, en comparación con las del resto de Centroamérica.

## Referencias

- Alfaro J, Chaves M. 1986. **Proceso de Integración de Servicios de Salud en Costa Rica. 1983-1984.** Tesis de grado, Universidad de Antioquía, Medellín.
- Ayala N, et al 1992. **Grado de desarrollo de la estrategia de los SILOS.** Segunda Evaluación. Febrero 1992. Caja Costarricense Seguro Social. Ministerio de Salud. Marzo de 1992.
- Bustelo E, Isuani E. 1990. **El ajuste en su laberinto. Fondos sociales y política social en América Latina.** Santiago de Chile: Seminario de Fondos de Desarrollo Social UNICEF - PREALC - OEA -PNUD - ILPES - GRUPO ESQUEL. Noviembre de 1990.
- CIIAS-CIID. 1990. **Análisis del desarrollo e investigación de los programas basados en la estrategia de atención primaria en salud en los países de América Central y República Dominicana.** Memoria Taller Internacional, Roberto Alvarado, Coordinador, San José, enero de 1990.
- CCSS. 1988. **Evaluación del programa de atención médica por capacitación en el Cantón de Barva durante 1987.** San José, 1988.
- CCSS. 1991. **La Caja Costarricense de Seguro Social en la coyuntura crisis.** Documento presentado por la CCSS en el; "II Foro de salud y desarrollo. Ajuste estructural y bienestar social en la crisis". San José, marzo de 1991.

CCSS y Ministerio de Salud. 1992. **Proyecto Reforma Sector Salud**. Unidad Preparatoria del Proyecto. San José, mayo de 1992.

García R, et al 1992. **Evaluación del grado de desarrollo del proceso de integración/coordinación entre el Ministerio de Salud y la CCSS**. Agosto-septiembre de 1991. San José, enero de 1992.

Jaramillo J, Miranda G. 1985. **La integración de servicios de salud en Costa Rica**. CCSS: San José, 1985.

Marín F, Vargas M. 1991. **Los SILOS y empresas cooperativas de salud. El caso de Costa Rica**. San José, febrero de 1991.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. 1987. **El gasto público en los sectores sociales - aspectos metodológicos**. Documento 9. San José: MIDEPLAN, julio de 1987.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. 1987. **Propuesta de indicadores sobre salud - aspectos metodológicos**. Documento 3. San José: MIDEPLAN, junio de 1987.

Ministerio de Salud. 1989. **Resumen de propuesta de desarrollo institucional**. Noviembre de 1989.

Ministerio de Salud. 1990. **Sistemas de Salud en Costa Rica**. Aporte del la MS al Seminario-Taller: "Presente y futuro de los sistemas de salud en Centroamérica". San José, 25-26 de octubre de 1990.

Ministerio de Salud. 1991. **El gasto de operación de los servicios de la salud al nivel local del Ministerio de Salud de Costa Rica**. Documento preliminar. Costa Rica: OPS/OMS, diciembre de 1991.

Ministerio de Salud. 1990. **Sistema de Información**. Departamento de Atención Primaria, 1990.

Miranda G. 1992. **Entrevista al presidente ejecutivo de la CCSS en el periodo 1982- 1990**. Agosto de 1992.

Miranda G. 1988. **La Seguridad Social y la Costa Rica en desarrollo**. EDNASS-CCSS editorial, San José, 1988.

Mohs E. 1991. **Políticas y estrategias de salud durante dos décadas. 1970-1990** (documento inédito). San José, 1991.

Novygrodt R. 1992. **Deterioro de indicadores de salud, nutrición y la pobreza**. Costa Rica, septiembre de 1992.

Sanguinetti JA, et al 1988. **Los servicios públicos de salud de Costa Rica. Integración y coordinación. Tecnologías de desarrollo.** San José: Pragma Corp, abril de 1988.

Sanguinetti JA. 1988. **La salud y el seguro social en Costa Rica.** San José: Informe de Consultoría Presentado a MIDEPLAN por Development Technologies Inc., San José, 1988.

Trejos ME, Villalobos R. 1992. **Lo aparente y lo oculto del ajuste estructural en Costa Rica.** (Proyecto por una Opción de Desarrollo Alternativa, Escuela de Economía, Universidad Nacional, Costa Rica, 1992.

Ugalde A y Ruede. 1988. **Estudio de consulta externa.** Development Technologies, Inc., San José, Costa Rica, abril de 1988.

Valadez J, Vargas W, et al 1987. **La calidad de la atención primaria de salud en áreas periféricas de Costa Rica.** Ministerio de Salud, Harvard University, y Organización Panamericana de la Salud. San José, noviembre de 1987.

Vallejo C, Lunes R. 1991. **El sector salud en Costa Rica: financiamiento y eficiencia.** San José: Informe de Consultoría para el Banco Mundial, 1991.

Valverde JM. 1990. **Crisis y política social en Costa Rica 1980-1988: tendencias y perspectivas.** Informe final de proyecto. Costa Rica: Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad de Costa Rica y Confederación Superior Universitaria Centroamericana, febrero de 1990.

Vargas W. 1992. **¿Los servicios de salud en Costa Rica. ¿Hacia dónde vamos?** Caja Costarricense de Seguro Social. División Técnica de Servicios de Salud. Departamento de Medicina Preventiva, abril de 1992.

# Apéndice 1 - Glosario

Áreas de Salud Comunitaria

Asamblea Legislativa

Asistente de Atención Primaria

Asistente de Salud Rural

Asociación Costarricense de Especialistas en Salud Pública

Asociaciones de Desarrollo

Asociaciones de Desarrollo Integral (ADI)

Atención Primaria

Auxiliar de Enfermería

Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

Banco Mundial

Banco Popular

Banco Popular y de Desarrollo Popular

Banco de Seguros

Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)

Caja de Emergencias

Caja Única

Centro de Desarrollo Estratégico e

Información en Salud y Seguridad Social

Centro Nacional de Docencia e Investigación en Salud y Seguridad Social  
(CENDEISS)

Centros de Educación y Nutrición (CENs)

Centros Integrales de Atención Infantil (CINAI)

Clínica Nacional de Nutrición

Código Sanitario

Comisión de Internados y Residencias Universitarias (CIRU)

Comisión Nacional de Recursos Humanos

Comité de Desarrollo

Comités Agrícolas Cantonales

Comités de Vecinos

Comités Locales de Salud  
Compañía Nacional de Danza  
Compañía Nacional de Teatro  
Confederación de Trabajadores  
Congreso Nacional  
Consejo Coordinador de los servicios Médicos  
Consejo de Gobierno  
Consejo de Obreros y Patronos  
Consejo Municipal  
Consejo Nacional de la Producción (CNP)  
Consejo Nacional de Salud  
Consejo Nacional Sectorial  
Consejo Técnico de Área  
Consejo Técnico de Asistencia Médico-Social  
Consejo Técnico Básico  
Consejo Técnico Interinstitucional  
Consejo Técnico Local  
Consejo Técnico Regional Interinstitucional  
Constitución Política  
Cooperación Americana de Recursos al Exterior (CARE)  
Cooperativas Autogestionarlas de Servicios de Salud  
Corporación para el Desarrollo de Costa Rica (CODESA)  
Departamento de Estadística  
Desarrollo Social y Asignaciones Familiares  
Dirección General  
Dirección General de Asignaciones Familiares (DESAF)  
Dirección General de Asistencia Médico-Social  
Dirección General de Estadística y Censos  
Dirección Nacional de Desarrollo de la Comunidad (DINADECO)  
Equipo Básico de Atención Integral (EBAI)  
Ferrocarril Eléctrico del Pacífico  
Fondo de Asignaciones Familiares  
Grupos Voluntarios (ONGs)

Hospital Nacional de Niños  
Hospital Sin Paredes  
Impuesto de Beneficencia  
Instituto Costarricense de Electricidad  
Instituto de Defensa del Caté  
Instituto de Desarrollo Agrario  
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)  
Instituto de Seguro Social  
Instituto de Tierras y Colonización (ITCO)  
Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)  
Instituto Nacional de Aprendizaje  
Instituto Nacional de Seguros (INS)  
Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo (INVU)  
Instituto Tecnológico de Costa Rica  
Jefe de Operaciones de Campo  
Junta Directiva  
Junta de Administración Portuaria de la Vertiente Atlántica  
Junta de Asistencia Social  
Junta Social de Protección del Cantón San José  
Juntas de Protección Social  
Juntas de Salud y Seguridad Social  
Juntas Progresistas  
Juntas Rurales de Crédito  
Ley Constitutiva de la Caja  
Ley General de Asistencia Médico Social  
Ley General de Salud  
Ley Orgánica del Ministerio  
Ley Sobre Asignaciones Familiares  
Líderes de Bloque  
Lotería Nacional  
Medicaturas del Pueblo  
Medicina de Empresa  
Ministerio de Cultura, Juventud, y Deportes

Ministerio de Gobernación  
Ministro de Hacienda  
Ministerio de Obras Públicas y Transportes  
Ministerio de Salud  
Ministerio de Trabajo  
Ministro de Trabajo  
Orquesta Sinfónica Juvenil  
Parque Recreativo La Sabana  
Partido de Liberación Nacional  
Partido Reformista  
Partido Vanguardia Popular  
Patronato Nacional de Ciegos  
Patronato Nacional de la Infancia  
Patronatos Escolares  
Plan Nacional de Desarrollo  
Plan Nacional de Desarrollo Educativo  
Plan Nacional de Salud  
Presupuesto Nacional  
Presupuesto Nacional Operaciones de Campo  
Primera Junta de Caridad  
Programa de Alimentación Complementaria  
Programa de Comedores Escolares  
Programa de Control de Malaria  
Programa de Nutrición y Huertos Escolares y Familiares  
Programa de Recuperación Nutricional  
Programa de Salud Comunitaria  
Programa de Salud Integral  
Programa de Salud Rural  
Programas de Cobertura  
Programa Mínimo de Acción Política  
Programa Mundial de Alimentos  
Programa Nacional de Rehabilitación  
Proyecto de Salud Comunitaria para Áreas Urbanas

Puestos de Salud

Refinadora Costarricense de Petróleo

Reglamento General de Patronatos y Juntas de Protección Social

Régimen de Enfermedad y Maternidad

Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte

Régimen de Riesgos Profesionales

Régimen no Contributivo de Pensiones

Sectores de Salud Comunitaria

Secretaria de Estado del Despacho de Salud Pública y Protección Social

Secretaria de Policía

Secretaria de Salud y Asistencia Social

Secretaria de Salud Pública y Jefatura Sectorial Social

Seguro de Enfermedad y Maternidad

Seguro Obrero

Servicio Civil

Sistema Bancario Nacional

Sistema de Información Gerencial

Sistema de Medicina Mixta

Sistema de Reforma Administrativa

Sistema Hospitalario Nacional

Sistema Nacional de Ahorro y Préstamo

Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados

Sistema Nacional de Parques

Sistema Nacional de Planificación

Sistema Nacional de Salud (SNS)

Sistemas Locales de Salud (SILOS)

Subgerencia Médica y Administrativa

Subsecretaria de Higiene y Salud Pública

Subsistema de Planificación y Coordinación Regional y Urbana

Supervisor de Campo

Trabajadora Social en la Lucha contra la Tuberculosis

UNICEF

Unidad Sectorial de Planificación

## Apéndice 2 - Lista de lecturas complementarias

Los capítulos de este libro, en su mayoría, informan sobre la perspectiva de la transición de la nutrición y la salud de Costa Rica de las personas involucradas en ella. Se puede obtener una mayor comprensión del proceso a través de las referencias adicionales enumeradas a continuación, muchas de ellas escritas por los opositores de los gobiernos del periodo o por exiliados. Ulterior acuciosidad en la transición costarricense se puede obtener de estas lecturas.

### Lista de lecturas complementarias en idioma inglés

Bell JP. 1971. **Crisis in Costa Rica: The 1948 revolution**. Austin: University of Texas Press.

Bossert TJ. 1984. Health-policy innovation and international assistance in Central America. *Pol Sci Quart* 99(3):441-455.

Bossert TJ. 1990. Can they get along without us? Sustainability of donor-supported health projects in Central America and Africa. *Soc Sci Med* 30(9):1015-1023.

Braveman P, Mora F. 1987. Training physicians for community-oriented primary care in Latin America: Model programs in Mexico, Nicaragua, and Costa Rica. *Am J Publ Health* 77(4)485-490.

Bulmer-Thomas V. 1987. **The political economy of Central America since 1920**. Cambridge: Cambridge University Press.

Casas A, Vargas H. 1980. The health system in Costa Rica: Toward a national health service. *J Publ Health Pol* 1:250-279.

- Castro Gutiérrez M. 1983. **Economic development and nutrition in Costa Rica.** College of Human Resources, Title XII Program Publication No. 9, University of Delaware.
- Edelman M. 1983. Recent literature on Costa Rica's economic crisis. *Lat Am Res Rev.* 18:166-180.
- Edelman M, Kenen J, eds. 1989. **The Costa Rica reader.** New York: Grove Weidenfeld.
- Gudmundson L. 1986. **Costa Rica before coffee.** Baton Rouge: Louisiana State University.
- Herrick B, Hudson B. 1981. **Urban poverty and economic development: A case study of Costa Rica.** New York: St. Martin's Press.
- Hertz E, Hebert JR, Landon J. 1994. Social and environmental factors and life expectancy, infant mortality, and maternal mortality rates: Results of a cross-national comparison. *Soc Sci Med* 39(1):105-114.
- Jaramillo Antillón J. 1987. Changes in health care strategies in Costa Rica. *PAHO Bull* 21:136-148.
- Low SM. 1982. Dr. Moreno Cañas: A symbolic bridge to the demedicaliation of healing. *Soc Sci Med* 16:527-531.
- Low SM. 1985. **Culture, politics, and medicine in Costa Rica.** Bedford Hills, New York: Redgrave Publishing.
- May JM, McLellan DL. 1972. **The ecology of malnutrition in Mexico and Central America.** Studies in medical geography, volume 11. New York: Hafnor Publishing Co.
- Mesa-Lago C. 1978. **Social security in Latin America: Pressure groups, stratification and inequality.** Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Mesa-Lago C. 1985. Health care in Costa Rica: boom and crisis. *Soc Sci Med* 21(1):13-21.
- Mesa-Lago C. 1992. **Health care for the poor in Latin America and the Caribbean.** Washington, DC: PAHO.
- Mohs E. 1983. Infectious diseases and health in Costa Rica: The development of a new paradigm. *Pediatr Inf Dis* 1:212-216.

- Morales JO, Scrimshaw N, Arca AM. 1953. Health systems. In: Loomis CP, et al., eds. **Turrialba: Social systems and the introduction of change.** Glencoe, IL: The Free Press.
- Morgan LM. 1987. Health without wealth? Costa Rica's health system under economic crisis. *J Pub Health Pol* 8(1):126-151.
- Morgan LM. 1989. "Political will" and community participation in Costa Rican primary health care. *Med Antropol Quart* 3 (3).232-245.
- Morgan LM. 1990. International politics and primary health care in Costa Rica. *Soc Sci Med* 30(2).211-219.
- Morgan LM. 1993. **Community participation in health. The politics of primary care in Costa Rica.** Cambridge: Cambridge University Press.
- Pezza PE, Barquero Bolaños JF. 1994. Clínica Tibas: An experimental response to health system challenges in Costa Rica. *J R Soc Health* 114(5):252-255.
- Richardson M, Bode B. 1971. Popular medicine in Puntarenas, Costa Rica: Urban and societal features. In: Adams RN, et al., eds. **Community culture and national change.** Middle American Research Institute Publication 24. Tulane University.
- Roemer MI. 1963. Medical care in Costa Rica. In: **Medical Care in Latin America.** Washington, DC: Organization of American States: 169-192.
- Rosenberg MB. 1981. Social reform in Costa Rica: Social security and the presidency of Rafael Ángel Calderón. *Hispanic American Historical Rev* 61(2):278-296.
- Rosero-Bixby L.1986. Infant mortality in Costa Rica: Explaining the recent decline. *Stud Fam Plan* 17(2):57-65.
- Sanders SW. 1986. **The Costa Rican laboratory.** New York: Priority Press/A Twentieth Century Fund Paper.
- Saligson M. 1979. Public policies in conflict: Land reform and family planning in Costa Rica. *Comp Pol* 12(1):49-62.
- Saligson M. 1980. **Peasants of Costa Rica and the development of agrarian capitalism.** Madison: University of Wisconsin Press.
- Sojo A. 1989. Social policies in Costa Rica. *CEPAL Rev* 38:105-119.

Stycos JM, 1982. The decline of fertility in Costa Rica: Literacy, modernization, and family planning. *Pop Stud* 36(1):15-30.

Taylor JE. 1980. Migration: A study of population movements in Costa Rica. *Latin Am Perspec* 7(2-3): 75-90.

Thrupp LA. 1991. Sterilization of workers from pesticide exposure: The causes and consequences of DBCP-induced damage in Costa Rica and beyond. *Int J Health Serv* 21(4):731-757.

Trejos JD. 1985. **Costa Rica: Economic crisis and public policy, 1978-1984.** Latin American and Caribbean Center, Occasional Papers Series, no. 11. Miami: Florida International University.

Whiteford MB. 1985. The social epidemiology of nutritional status among Costa Rican children: A case study. *Humn Org* 44(3):241-250.

Williams CD. 1973. Health services in the home. *Pediatrics* 52:773-781.

Wilson CM. 1942. **Ambassadors in white: The story of American tropical medicine.** New York: Henry Holt and Co.

## **Lista de lecturas complementarias en idioma español**

Alvarado Aguirre R. 1987. **Análisis de la organización y funcionamiento de las políticas de salud a través de los programas materno infantiles en Centroamérica. El caso de Costa Rica, I etapa.** Manuscrito no publicado financiado por el Instituto Centroamericano de Administración Pública y Ford Foundation.

Bogan Miller MW, Montejo JO. 1979. Salud y enfermedad. En: **Costa Rica Contemporánea, tomo II.** Chester Zelaya, dirección. San José: Editorial Costa Rica, pp. 73-119.

Bonilla Masis O. 1981. **Desarrollo de la comunidad: políticas sanitarias y participación comunitaria en Costa Rica.** San José: Ministerio de Salud

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

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

- Jaramillio Antillón J. 1988. **Reflexiones: medicina, salud, medio ambiente, desarrollo.** San José, Litografía Ámbar.
- Mesa-Lago C. 1985. Atención de salud en Costa Rica: auge y crisis. *Soc Sci Med* 21:13-21.
- Ministerio de Salud. 1978. **Costa Rica: extensión de cobertura de los servicios de salud en el marco del desarrollo socio-económico.** San José: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. 1981. **Salud en Costa Rica.** San José: Editorial Universidad Estatal a Distancia.
- Mohs E. 1983. **La salud en Costa Rica.** San José: Editorial Universidad Estatal a Distancia.
- Mohs E. 1986. **Salud para la paz.** San José: Libro Libre.
- Mohs E. 1988. **La reforma del sector salud en Costa Rica durante la década de los 70.** San José: Ministerio de Salud.
- Morgan LM. 1988. Salud sin riqueza? El sistema de salud de Costa Rica bajo la crisis económica. *Revista Centroamericana de Administración Pública* 12:25-39.
- Morgan LM. 1990. La voluntad política y la participación de la comunidad en la atención de la salud primaria en costa Rica. Trad. por Maria Cecilia Alvarado Van Patten. *Revista Centroamericana de Administración Pública.* 19 (julio-diciembre): 5-23.
- Morgan LM. 1993. Política internacional y atención primaria de salud en Costa Rica. Trad. por Consuelo Fernández. *Anuario de Estudios Centroamericanos* 19(1).91-105.
- Newell KW. 1975. **La salud por el pueblo.** Ginebra: WHO.
- Naranjo F., et al. 1977. Desarrollo de los programas de seguridad social en Costa Rica: Universalización y extensión de servicios médicos asistenciales. *Seguridad Social* 105-106:59-138.
- Rosenberg MB. 1983. **Las luchas por el seguro social en Costa Rica.** San José: Editorial Costa Rica.
- Serra J, Brenes C. 1983. Recuperación crítica de indicadores socioeconómicos: la experiencia del programa de salud comunitaria "Hospital sin paredes." En:

- Ramalinga Iyer R, et al., eds. **Centroamérica: indicadores socioeconómicos para el desarrollo**. San José: FLAC SO: 269-313.
- Valverde Jiménez, E. 1972. Plan de *salud rural*. *Acta Médica Costarricense* 15(1): 77-90.
- Vargas Fuentes M. 1993. Privatización de servicios públicos. El caso de los servicios de salud en Costa Rica. *Salud Pública de México* 35(2). 186-93.
- Vargas Gonzáles W. 1977. El programa de salud rural de Costa Rica: un modelo para las poblaciones *marginadas*. *América indígena* 37(3):353-365.
- Vega Carballo JL. 1981. **La formación del estado nacional en Costa Rica**. San José: Instituto Centroamericano de Administración Pública.
- Villalobos LB. 1989. **Salud y sociedad: un enfoque para Centroamérica**. San José: Instituto Centroamericano de Administración Pública.
- Villegas H. 1977. Extensión de la cobertura de salud en Costa Rica. *Bol Of San Pan* 83(6).537-543.
- Villegas H. 1978. Costa Rica: Recursos humanos y participación de la comunidad en los servicios de salud en el medio rural. *Bol Of San Pan* 84(1):13-22.

#### **Lista de lecturas complementarias - Publicaciones del INCAP**

##### ***Referencias del INCAP sobre Nutrición y Salud Clínica en Costa Rica 1949-1991***

- Bermúdez A, Valverde V, Teller C. 1980. Análisis de algunos factores relacionados con el bajo peso al nacer en Costa Rica. *Boletín Informativo del S.I.N.* 1:4-11.
- Bressani R, Méndez J, Scrimshaw NS. 1960. Valor nutritivo de los frijoles Centroamericanos III. Variaciones en el contenido de proteínas metionina, triptófano, tiamina, riboflavina y niacina de muestras de *Phaseolus vulgaris* cultivadas en Costa Rica, El Salvador, y Honduras. *Arch Venezolanas de Nutr* 10:71-84.
- Castro López, G. 1991. **Patrón de Actividad Física, Aspectos Dietéticos y Estimación de Gasto Energético de Preescolares Obesos y no Obesos en la Provincia de Limón, Costa Rica**. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ingeniería Química/INCAP

Flores M, Aranda-Pastor J. 1980. Evaluación dietética a nivel nacional en Costa Rica: Cambios en una década. *Arch Latinoamer Nutr* 30:432-450.

Flores M, Briceño y Flores Z. 1963. Resultados de una encuesta nutricional en el cantón de Bagaces, provincia de Guanacaste, Costa Rica. *Bol Of San Pan* 55:405-415.

Flores M, Menchú MT, Lara MY, Béhar M. 1970. **Dieta adecuada de costo mínimo para la República de Costa Rica**. Guatemala: INCAP, pp. 27.

INCAP. 1969. **Evaluación nutricional de la población de Centro América y Panamá**. Costa Rica. Oficina de Investigaciones Internacionales de los Institutos Nacionales de Salud (EEU); Ministerio de Salubridad Pública de Costa Rica. Guatemala: INCAP. pp. 113.

Laure J, Batres de Bonilla R, Alarcón J. 1990. Costa Rica: medio siglo de Políticas a favor del incremento de salarios mínimos más bajos. Guatemala: INCAP 31 p. (*Colección Documentos Técnicos No 19.*)

Leal Cartín F, Salazar-Baldioceda A. 1955. Hallazgos hematológicos y coprológicos en algunas poblaciones de la provincia de San José, Costa Rica. *La Juventud Médica* 11 (78):24-28.

Mata LJ, Mayorga R. 1966. Dermatofitosis por *Microsporium gypseum* en Costa Rica y Guatemala. *Microbiol Parasitol* 8:139-145.

Méndez J, Briceño E, Flores M. 1966. Niveles de colesterol sérico en grupos de población centroamericana. III Bagaces provincia de Guanacaste, Costa Rica. Interrelaciones entre vitamina A y carotenos y lípidos séricos. *Arch Latinoamer Nutr* 16:133-143.

Pérez C, Salazar-Baldioceda A, Tandon OB, Scrimshaw NS. 1956. Endemic goiter in Costa Rican school children. *Am J Publ Health* 46:1283-1286.

Rawson IG, Valverde V. 1976. The Etiology of Malnutrition among Preschool Children in Rural Costa Rica. *J Trop Pediat*. 22:12-17.

Scrimshaw NS, Morales JO, Salazar A, Loomis CP. 1953. Health aspects of the community development project, rural area, Turrialba, Costa Rica, 1948-51. *Am J Trop Med Hyg* 2:583-592.

Scrimshaw NS, Trulson M, Tejada C, Hegsted DM, Stare FJ. 1959. Serum lipoprotein and cholesterol concentrations. Comparisons of rural Costa Rican, Guatemalan and United States populations. *Circulation* 15:805-813.

Strong JP, Tejada V. C, McGill HC Holman RL. 1957. **Comparison of early lesions of atherosclerosis in New Orleans, Guatemala, and Costa Rica** (abst). American Society for the Study of Atherosclerosis Meeting Chicago. Novemeber 1957.

Strong JP, McGill HC, Tejada C, Holman RL. 1958. The natural history of atherosclerosis. Comparison of the early aortic lesions in New Orleans, Guatemala and Costa Rica. *Am J Pathol* 34:731-744.

Tejada C, Gore I, Strong JP, McGill H. 1958. Comparative severity of atherosclerosis in Costa Rica, Guatemala, and New Orleans. *Circulation* 18:92-97.

Valverde V, Arroyave G, Guzmán M, Flores M. 1980. **Nutritional status in Central America and Panama. Nutrition in the 1980s Constraints on our Knowledge.** New York: 271-282.

Valverde V. 1980. Regionalización de los problemas nutricionales y análisis de la talla y la edad de ingreso a primer grado de los niños costarricenses. *Boletín Informativo del S.I.N.* 1:23-31.

Valverde V, Rojas Z, Vinocur P, Payne P, Thomson A. 1981. Organization of an information system for food and nutrition programmes in Costa Rica. *Food and Nutrition* 7:32-40.

Valverde V, Vargas W Payne P, Thomson A. 1981. Data requirements and use in nutrition planning in Costa Rica. *Food Policy* 6:19-26.

Valverde V, Vargas W, Rawson I, Calderón G, Rosabal R, Gutiérrez R. 1975. La deficiencia calórica en preescolares del área rural de Costa Rica. *Arch Latinoamer Nutr* 25:351-361.

Valverde V, Vinocur P, Salazar S, Zillyham R. 1981. Relación entre la prevalencia de retardo en talla en escolares e indicadores socioeconómicos a nivel de cantón en Costa Rica. *Boletín Informativo del S.I.N.* 2.4-9.

Vargas N, Maria R. **Epidemiología de la Obesidad en Costa Rica.** 1989. Centro de Estudios Superiores en Nutrición y Ciencias de Alimentos (CENSA) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas/INCAP. Guatemala C.A.

# Apéndice 3 - Condiciones de salud en Costa Rica, 1994

---

Información general

Problemas específicos de salud

---

## Información general

### Población

En 1987 Costa Rica tenía 2.790.600 habitantes. Con base en las proyecciones oficiales, la población de 1992 se calculó en 3.099.063, con la siguiente estructura de edad: 0-4 años de edad, 12,8%; 5-14 años, 23,1%; 15-64 años, 59,8%; 65 años o más, 4,3%. La densidad de población aumentó de 50 habitantes por km<sup>2</sup> en 1984 a 60,7 en 1992. La región central alberga a 65% de la población, con una densidad de 230,1 habitantes por km<sup>2</sup>; en otras regiones del país la densidad de población varía de 19 a 40 habitantes por km<sup>2</sup>. La población urbana es 47% y la rural 53%. Entre 1960 y 1990 la población urbana creció en una tasa promedio anual de 3,9%.

El crecimiento de la región central ha sido, en su mayor parte, el resultado de la migración interna, aunque la migración internacional también ha contribuido, en particular durante el periodo 1975 a 1985, cuando tres regiones del país registraron inmigración neta (Central, Huetar Norte, Huetar Atlántica).

Continúan habiendo dos principales corrientes de migración: de las ciudades pequeñas y áreas rurales a los principales centros urbanos del país, y de las áreas rurales económicamente oprimidas, donde las oportunidades de empleo están limitadas y la mayoría de la tierra es poseída por unos pocos individuos

de otras áreas rurales en donde el desarrollo está teniendo lugar y la demanda de los trabajadores es mayor.

En 1989, 40.800 refugiados vivían en el país. Para julio de 1993, el número había descendido a 31.875. Además, hay aproximadamente 250.000 extranjeros no documentados.

La tasa natural de crecimiento demográfico durante el periodo 1991-1992 fue 2,26%. La tasa total de fecundidad disminuyó de 3,5 niños por mujer entre 1980 y 1985 a 3,26 entre 1985 y 1990. En 1991 la tasa de natalidad fue 26,3 por 1.000 habitantes, y la esperanza de vida al nacer durante el periodo 1990-1995 se calculó en 75,2 años.

### **Mortalidad**

La información sobre nacimientos y muertes registran tardíamente la mortalidad, la cual se calcula en 2,8% para la mortalidad general y 3% para la mortalidad infantil. No se extiende ningún certificado médico de defunción para 24% de las muertes en general, mientras que solo 2,8% de las muertes infantiles de certificación médica.

La tasa de mortalidad general registrada en 1991 fue 3,8 por 1.000 habitantes y había un total de 11.792 defunciones. La tasa de mortalidad infantil en 1991 fue 13,9 por 1.000 nacidos vivos. Las muertes atribuidas a signos, síntomas y enfermedades mal definidas constituyeron 1,7% del total.

En 1991 cuatro principales grupos de causas representaron 70% de todas las defunciones: 29,4% a enfermedades del aparato circulatorio, 20% a neoplasmas malignos, 10,5% a causas externas y 10,2% a enfermedades del aparato respiratorio, con tasas de 11,2, 7,6, 4,0 y 3,9 por 10.000 habitantes, respectivamente. Las enfermedades infecciosas y parasitarias, que en 1970 fueron clasificadas como la principal causa de muerte, representando 20,5% de todas las defunciones (tasa de mortalidad de 13,6 por 10.000 habitantes), en 1991 se colocaron en el décimo lugar y fueron responsables de 2,8% de todas las muertes (tasa de 1,1 por 10.000 habitantes).

En 1991, entre la población general el infarto agudo del miocardio fue la principal causa de muerte, representando 9,6% de todas las defunciones. La tasa de mortalidad de esta causa aumentó de 2,6 por 10.000 habitantes en 1970 a 3,7 en 1991. El segundo lugar lo ocupó el neoplasma maligno del

estómago, que causó 5% de todas las defunciones. La tasa de mortalidad de esta causa, 2,0 por 10.000 población, ha cambiado muy poco desde 1970. La tercera causa principal de muerte fueron otras formas de cardiopatía isquémica crónica, con una tasa de 1,6. La obstrucción de vías respiratorias crónicas ocupó el cuarto lugar, con una tasa de 1,2, y la enfermedad cerebrovascular aguda y la diabetes mellitus ocuparon el quinto y sexto lugar, respectivamente, con tasas de 1,2 y 1,0 por 10.000 habitantes.

## Problemas específicos de salud

### Análisis por grupo de población

#### *Salud perinatal y de niños*

La disminución en la mortalidad infantil entre 1970 y 1980 (de 61,5 a 19,1 por 1.000 nacidos vivos) bajó entre 1980 y 1985, cuando la tasa fue 17,6 por 1.000. En 1991 la tasa registrada fue 13,9 por 1.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad neonatal bajó de 25,2 por 1.000 nacidos vivos en 1970 a 11,2 en 1980 y 8,6 en 1991. En forma similar, la tasa de mortalidad postneonatal disminuyó de 36,3 por 1.000 nacidos vivos en 1970 a 7,9 en 1980 y 5,2 en 1991. La tasa de mortalidad perinatal, que en 1975 fue 23,7 por 1.000 nacidos vivos, descendió a 12,1 por 1.000 en 1991. La tasa más alta de mortalidad infantil registrada en cualquiera de los condados del país en 1991 fue 31,4 por 1.000 nacidos vivos y la más baja fue 2,7 por 1.000.

Los niños menores de un año de edad representaron 9,5% de todas las muertes en 1991. Las principales causas de muerte en este grupo de edad cambió entre 1970 y 1991. Las enfermedades infecciosas intestinales se movieron del primero al séptimo lugar, y la tasa descendió de 16,7 a 0,4 por 1.000 nacidos vivos. En 1991 las condiciones que se originaron en el periodo perinatal, anomalías congénitas y enfermedades del aparato respiratorio fueron las tres principales causas de muerte en este grupo de edad, con tasas de 6,1, 3,9 y 1,5 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente.

En 1990 las principales causas de visitas médicas de pacientes ambulatorios en niños menores de un año, en orden descendente, fueron: bronquitis (10%), visitas del niño sano (8%), infecciones respiratorias agudas (6%), amigdalitis aguda (6%) y las infecciones de la piel y el tejido subcutáneo (5,5%). En 1990, los datos sobre los egresos hospitalarios de las instituciones de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) muestran que las principales causas de hospitalización en este grupo de edad fueron: enfermedades que se originaron en el periodo perinatal (39,3% - una proporción igual a 3,5% de todos los egresos), enfermedades infecciosas intestinales (12,5%), neumonía (7%) y anomalías congénitas (6,5%).

La proporción de niños con bajo peso al nacer (menos de 2.500g) ha permanecido en aproximadamente 6,7% desde 1988.

La lactancia materna aumentó entre 1975, cuando 85,3 % de los lactantes fueron amamantados desde su nacimiento, y 1990, cuando 93,9% recibió lactancia materna. La proporción de niños con lactancia materna exclusiva durante meses aumentó de 16,7 a 47,9% entre 1975 y 1990 mientras que la proporción de infantes con lactancia materna exclusiva durante 6 meses aumentó de 11,2 a 21,7%.

La tasa de mortalidad en niños de 1-4 años de edad disminuyó de 51,1 por 10.000 en 1970 a 10,1 en 1980 y 6,5 en 1991. En el último año, 1,8% de todas las muertes ocurrió en este grupo de edad. Entre 1970 y 1991 las enfermedades infecciosas y parasitarias descendieron del primero al cuarto lugar entre las principales causas de muerte en este grupo de edad, con una tasa que descendió de 25,9 por 10.000 en 1970 a 0,9 en 1991. Las anomalías congénitas fueron clasificadas como la principal causa de muerte en 1991, seguidas, en orden descendente, por causas externas y enfermedades del aparato respiratorio. Las cinco principales causas de visitas a los médicos fueron: amigdalitis aguda, bronquitis, nasofaringitis y sinusitis, anemia y asma. En 1990 este grupo de edad representó 5% de **todos los egresos** hospitalarios, con las infecciones intestinales que eran la causa más frecuente de hospitalización (18,2%), seguidas del asma bronquial, la neumonía y otras infecciones respiratorias, y por anomalías congénitas.

Con base en el indicador peso-para-talla, en 1991 la prevalencia reportada de desnutrición leve entre los niños menores de 6 años de edad, fue 17,9%, desnutrición moderada 2,4% y desnutrición grave 0,1%. La persistencia de sobrepeso fue 2% entre los niños menores de un año, 1,7% entre los niños de 1 a 2 años y 1,7% en los de 3 a 5 años de edad.

El grupo de 5 a 9 años de edad representó 0,8% de la mortalidad total en 1991. Las causas externas fueron la principal causa de muerte, seguida de los neoplasmas malignos, las enfermedades del sistema nervioso y órganos sensoriales, las enfermedades infecciosas y parasitarias, las enfermedades endocrinológicas y metabólicas, y los trastornos inmunitarios. Las causas de las visitas médicas de pacientes ambulatorios en este grupo de edad fueron similares a las del grupo de edad 1 a 4 años. Los egresos hospitalarios en este grupo constituyeron 3,4% de todas los egresos. Las principales causas de hospitalización fueron las infecciones respiratorias agudas y el asma bronquial (14,4%), apendicitis(6,6 %), anomalías congénitas (5,2%) e infecciones intestinales (5%).

#### *Salud de adolescentes y adultos*

En 1991, los jóvenes de 10 a 19 años de edad constituyeron 20,4% de la población y los de 20 a 24 años, 9,4%; por lo tanto, casi un tercio de la población nacional tenía entre 10 y 24 años de edad. Según los datos del censo de 1984, 15,9% de la población económicamente activa estaba compuesta de jóvenes de 15 a 19 años. La encuesta domiciliaria de 1989 mostró que 24% de la población adolescente estaba empleada.

En 1991, las muertes en el grupo de edad 10 a 14 años representaron 0,8% de la mortalidad total, en el grupo de 15 a 19 años, 1,2% y en el grupo de 20 a 24 años, 1,7%. La principal causa de muerte en las personas de 10 a 14 años de edad fueron las causas externas, con una tasa de 1,4 por 10.000 habitantes; el ahogo accidental y sumersión, y los accidentes de transporte fueron las causas externas predominantes. La segunda causa principal de muerte fueron las enfermedades del sistema nervioso y órganos sensoriales, con una tasa de 0,62 por 10.000 habitantes, las principales en orden descendente eran, la parálisis cerebral infantil, otros trastornos cerebrales y la epilepsia. Los

neoplasmas malignos se clasificaron el tercer lugar, con una tasa de 0,22 por 10.000 habitantes.

La mortalidad en el grupo de edad 15 a 24 representó 2,9% de la mortalidad total. Dos tercios de las defunciones en este grupo fueron hombres y la principal causa fueron las causas externas, principalmente los accidentes de transporte de todos los tipos.

Con respecto a la morbilidad, 10,5% de todas las visitas de doctores en las instituciones de la CCSS (cerca de 6 millones) y 11% de todos los egresos hospitalarios en 1987 fueron personas de 10 a 19 años de edad. Las razones principales para las consultas fueron: atención prenatal (6%), amigdalitis aguda (4,9%) y faringitis-nasofaringitis (4,7%). Entre los hombres, las razones más comunes fueron: infecciones de la piel y el tejido subcutáneo (13,2%); sinusitis, laringofaringitis y amigdalitis aguda (10,1 %); y "otras" enfermedades parasitarias (5%). Entre las mujeres fueron: nasofaringitis y sinusitis (8,9%); atención prenatal (6,7%); e infecciones de la piel y el tejido subcutáneo (6%). En 1990, las principales causas asociadas con egresos hospitalarios en el grupo de 10 a 19 años de edad fueron, para las mujeres, causas obstétricas directas (27%), parto normal (21,2%) y apendicitis (4,5%); para los hombres, apendicitis (10%), heridas y lesiones en los vasos sanguíneos (7,9%) y lesiones intracraneales e internas (6,4%).

En 1991, 16,2% de todos los nacidos vivos (81.110) eran de madres menores de 20 años de edad. Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio representaron 71,3% de los egresos hospitalarios entre la población adolescente femenina.

La mortalidad en la población de 15 a 49 años de edad representó 16,2% de la mortalidad total en 1991 (1.922 defunciones). La principal causa fue el grupo de causas externas, que representó 36% de las muertes o una tasa de población 4,3 por 10.000 (abajo de la tasa de 6,3 reportada en 1980). Los neoplasmas malignos se clasificaron el segundo lugar, causando 19,2% de las muertes, con una tasa de 2,3. En tercer lugar, las enfermedades del aparato circulatorio, que representaron 14,3% (una tasa de 1,7 por 10.000 habitantes). Del número total de muertes, 65% fueron de hombres, entre causas violentas, predominando, tanto los accidentes como el suicidio.

En 1991, las personas de 50 años y más representaron 71 % (8.136) de todas las defunciones. Más de tres cuartos de estas defunciones (77,7%) se debieron a cuatro grupos de causas. La causa principal, representando 36% de todas las muertes en este grupo, fueron las enfermedades del aparato circulatorio, con una tasa de 83,2 por 10.000 y de éstos, el infarto agudo del miocardio fue la enfermedad más importante (29%). La segunda causa principal, con una tasa de 51,0 por 10.000, fueron los neoplasmas malignos, que representaron 23% de las defunciones; el neoplasma maligno del estómago fue la causa predominante en este grupo. Las enfermedades del aparato respiratorio, con una tasa de 25,7 por 10.000, se clasificaron en el tercer lugar, representando 11,7% de las muertes; la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la bronconeumonía predominaban en este grupo. En cuarto lugar estaban las causas externas, que representaron 5% de todas las defunciones en este grupo de edad, con una tasa de 11,3 por 10.000.

Las personas de 20 a 59 años de edad representaron 51,3% de todas las visitas de pacientes ambulatorios en las instituciones de la CCSS. De estas visitas, 70% eran personas de 20 a 44 años y 71 % fueron visitas hechas por mujeres en edad fértil. Según una encuesta llevada a cabo en 1987, las causas primarias de las visitas de pacientes ambulatorios en este grupo de edad fueron, entre los hombres, las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo tisular (88%), problemas superiores e inferiores de la espalda (6,7%), y gastroduodenitis (5%); y entre las mujeres, enfermedad hipertensiva (6,2%), atención prenatal (6,1 %) y trastornos neuróticos (4,1 %). Los registros de egreso hospitalario para 1990 indican que el grupo de edad 20 a 59 años representó 58,7% de todos los egresos de las instituciones de la CCSS; de estos egresos, 76% fueron mujeres de 20 a 44 años de edad. En la población femenina, las causas obstétricas directas fueron la principal causa de hospitalización (34,4%), seguida del parto normal (19,8%), y el aborto (5%). Entre la población masculina, las principales causas fueron psicosis y trastornos neuróticos (5,8%), enfermedades osteomusculares (5,3%) y lesiones intracraneales e internas (5,1%).

### *Salud de las mujeres*

En 1991, las mujeres constituyeron 49% de la población total; 24% tenía menos de 10 años de edad, 21,2%, 10 a 19 años, 38,4%, 20 a 44 años, 9,8%, 45 a 59 años, y 6,9%, 60 años o más.

Referente a las principales causas de muerte en la población de mujeres, las enfermedades cardiovasculares representan 30,6 % de todas las muertes femeninas, los neoplasmas malignos 20,2%, las enfermedades del aparato respiratorio 12,1 % y las causas externas 5,6 %. Los sitios más frecuentes de los neoplasmas malignos son el estómago, el cuello uterino y la mama. Las contribuciones de estos tres tipos de cáncer para totalizar las defunciones femeninas son 19,4, 11,3 y 9,4%, respectivamente, y las correspondientes tasas de mortalidad son 13,8, 8,1 y 6,7 por 100.000 mujeres. Al igual que los hombres, la principal causa externa entre las mujeres fueron los accidentes de transporte, representando 30,9%, seguida de las caídas accidentales, especialmente entre mujeres ancianas.

Las mujeres representaron 63,4% de las visitas de pacientes ambulatorios a los establecimientos de las CCSS, con edades entre 20 a 44 años, representando 58%. Las razones más frecuentes para la búsqueda de la atención médica entre las mujeres de 20 a 59 años fueron las causas relacionadas con el embarazo, la enfermedad hipertensiva (6,2%), los trastornos neuróticos (4,1 %) y los problemas superiores e inferiores de la espalda (3,7%). Las mujeres representaron 69% de todos los egresos hospitalarios en 1990; de estos egresos, 68% fueron mujeres de 20 a 59 años de edad. Las causas obstétricas directas, el parto normal y el aborto representaron 59% de los egresos entre las mujeres en este grupo de edad, y otras enfermedades de los órganos genitales femeninos representaron 3,8%. La diabetes mellitus, los trastornos de la vista, la cardiopatía isquémica, las enfermedades respiratorias y la enfermedad hipertensiva fueron responsables de 30% de las hospitalizaciones en las mujeres de 60 años y más.

En 1991 se registró un total de 89.221 embarazos (80% de bajo riesgo y 20% de alto riesgo) y 81.110 nacidos vivos. De estos nacimientos, 16,2% fueron de mujeres menores de 20 años, 73% de mujeres de 20 a 35 años y 10,7% de mujeres de más de 35 años. En total, 38% del número total de nacimientos fue

de las madres solteras, con proporciones considerablemente mayores en las provincias de Guanacaste, Puntarenas y Limón (60,7, 53 y 60%, respectivamente); 65% de todos los nacidos vivos entre las mujeres adolescentes fueron de madres solteras.

En 1991, 96% de todos los nacimientos tuvieron lugar en los hospitales, y 95% contaron con la asistencia de un médico o una enfermera obstétrica; 20% de todos los nacimientos fueron por cesárea. Solo 55% de las mujeres que dieron a luz en los hospitales hablan recibido atención prenatal. En 1990 el número de visitas prenatales por nacimiento promedió 2,4. La mortalidad materna descendió de 7,0 (41 muertes) a 3,5 (28 muertes) por 10.000 nacidos vivos entre 1975 y 1990. Las principales causas de la muerte materna fueron hemorragias, infecciones y toxemia del embarazo.

La violación, el incesto, el abuso sexual y otros tipos de agresión física son problemas importantes para las mujeres. Según la información de 1993, 60 quejas de violencia hogareña se reportan a diario en la Oficina del Defensor Público para Mujeres y el Programa para Mujeres Maltratadas. Este número es indudablemente una apreciación errónea del problema, ya que no se notifica la mayoría de los casos de abuso. Un estudio llevado a cabo en 1993 encontró que aproximadamente 77,8% de mujeres hablan sido víctimas de algún tipo de violencia por sus compañeros. Según la Oficina de Asuntos de Mujeres, la mayoría de las 14 violaciones reportadas en promedio cada día, incluyen a adolescentes entre 11 a 16 años y 90% de los embarazos que ocurrían entre las niñas menores de 14 años son el resultado del abuso sexual, generalmente cometido por un pariente cercano.

#### *Salud de los ancianos*

En 1991, las personas de 60 años de edad y más, constituyeron 6,4% de la población, arriba de 5,5% en 1980. De todas las muertes en ese año, 62% fueron personas en este grupo de edad, y la mayoría (74%) de las defunciones se debieron a tres causas: las enfermedades del aparato circulatorio, 39% (una tasa de 143,6 por 10.000 habitantes); los neoplasmas malignos, 22% (81,2 por 10.000 habitantes); y las enfermedades del aparato respiratorio, 13% (46,3 por 10.000 habitantes).

Este grupo de edad representó 14,1% de las visitas de pacientes ambulatorios a las instituciones de la CCSS y 12,5% de los egresos de los hospitales de la CCSS. Entre las mujeres de 60 años y más, las tres principales causas de las visitas de pacientes ambulatorios fueron la enfermedad hipertensiva (18,4%), la diabetes mellitus (8,1 %) y las artropatías y trastornos relacionados (5,8%). Entre los hombres, en este grupo de edad, estas causas de visitas de pacientes ambulatorios representaron 15,4, 5,9 y 5,1%, respectivamente. Los trastornos neuróticos fueron la cuarta causa principal de las visitas de pacientes ambulatorios entre las mujeres (3,6%) y la séptima causa principal entre los hombres (2,8%). Las tres principales causas asociadas con egreso del hospital en 1990 para ambos sexos fueron la cardiopatía isquémica (7,2%), las enfermedades de la vista, oído y mastoideo (5,9%) y la diabetes mellitus (5,8%). La cardiopatía isquémica se clasificó en primer lugar entre los hombres (8,4%) y el tercero entre las mujeres (6%), mientras que la diabetes mellitus fue la causa principal entre las mujeres (7,5%) y se clasificó en séptimo lugar entre los hombres (4%). Las enfermedades de la vista, oído y mastoideo se clasificaron en el segundo lugar entre las mujeres (6,4%) y en el tercer lugar entre los hombres (5,5%). Las enfermedades de los órganos genitales masculinos fueron la segunda causa principal asociada con los egresos hospitalarios entre los hombres ancianos (7,4%).

Un estudio de morbilidad llevado a cabo en el condado de Coronado en 1986 y 1987, encontró que las enfermedades crónicas más prevalentes eran las enfermedades osteomusculares y arteriales (49,1%), seguidas de la hipertensión arterial (38,4%), la diabetes mellitus (13,9%), el accidente cerebrovascular (6,7%) y los neoplasmas malignos (4,5%).

### *Salud de los trabajadores*

La fuerza laboral en 1990 totalizó 1.017.151 de personas - 38% de la población total. Solo 573.321 personas empleadas (56%) tenían cobertura de seguro para accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo, aunque por ley todos los trabajadores deben estar cubiertos. Ese mismo año hubo un promedio de 10.357 accidentes ocupacionales por mes, o 345 por día.

Según un informe del Instituto Nacional de Seguro (INS), los principales cuatro tipos de accidentes relacionados con trabajo en 1990 fueron caídas accidentales (21,6%); accidentes causados por sumersión, sofocación y cuerpos extraños (5,3%); intoxicación accidental por sustancias sólidas o líquidas (4,7%); y accidentes de transporte (2,7%).

## **Enfermedades y deficiencias de la salud**

### *Enfermedades transmitidas por vectores*

En 1975 se reportó un total de 304 casos de malaria, para una tasa de 1,5 por 10.000 habitantes. Entre 1980 y 1985 el número de casos subió de 368 a 722, mientras que la tasa aumentó de 1,6 a 2,7 por 10.000 habitantes. En 1990 el número de casos notificados totalizaron 1.142 (una tasa de 3,8 por 10.000) y en 1991, 3.247 casos (una tasa de 10,5). Setenta y cuatro por ciento de los casos ocurrieron en la región Atlántica Huetar (provincia de Limón). En 1992 había 6.951 casos (22,5 por 10.000 habitantes). De ese total, 1.173 (16,9%) ocurrieron en extranjeros y 5.210 se detectaron en la provincia de Limón, que experimentó una considerable inmigración con respecto al crecimiento de la industria del plátano en el área. Además, los cambios ecológicos en la provincia como resultado del cultivo del banano - deforestación e inundación de grandes áreas - crearon condiciones favorables para la proliferación del vector.

### *Enfermedades prevenibles por vacunación*

En 1975 se notificaron los últimos seis casos de difteria en el país. Desde 1973 no se notificó ningún caso de poliomielitis. Los casos de tétanos disminuyeron de 46 en 1975 a precisamente 2 en 1992 (tasas de 2 y 0,1 por 100.000, respectivamente, en aquellos años). En 1975 se reportó un total de 1.165 casos de tos ferina (una tasa de 5,9 por 10.000) y 29 en 1992 (una tasa de 0,1 por 10.000). Costa Rica continuó experimentando brotes cíclicos de sarampión, y una epidemia en 1979-1980 reportó 7.883 casos y 42 defunciones, para una tasa de letalidad de 5,3 por 1.000. Un brote en 1986-1987 fue responsable de 8.457 casos y 16 defunciones, con una tasa de letalidad 1,9 por 1.000. Durante el periodo 1988-1990 solo hubo 467 casos y ninguna muerte. Sin embargo, en 1991-1992 otra epidemia produjo 8.701 casos y una tasa de letalidad de 6 por

1.000 (54 defunciones); 60% de estas muertes fueron personas menores de un año o mayores de 19 años de edad.

### *Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales*

El primer caso de cólera en el país se detectó en 1992, y para abril de 1993 se habla reportado un total de 16 casos, 9 de los cuales fueron importados. La mortalidad por enfermedades diarreicas ha disminuido tanto entre los niños como entre los adultos. En 1970 estas enfermedades fueron la principal causa de muerte, representando 10,5% de todas las defunciones, con una tasa de mortalidad de 7,0 por 10.000. Hacia 1991 habían al vigésimo segundo lugar, representando solo 0,9% de las muertes, con una tasa de 0,4 por 10.000. Como causa de mortalidad infantil, las enfermedades diarreicas se movieron del primer lugar en 1970, cuando representaron 27% de todas las muertes infantiles (tasa de 16,7 por 1.000 nacidos vivos), al séptimo lugar en 1991, cuando representaron 3% de todas las muertes infantiles (tasa de 0,4 por 1.000 nacidos vivos).

En 1990, las enfermedades infecciosas intestinales representaron 3% de todas los egresos de los hospitales de la CCSS. Según los registros del Ministerio de Salud sobre las enfermedades notificables, en 1991 se reportó un total de 68.887 casos de enfermedad diarreica, con una tasa de 2.231 por 100.000 habitantes.

La tasa de incidencia de la hepatitis (de todos los tipos) ha descendido en forma sostenida, de 95,0 por 100.000 habitantes en 1985 a 85,1 en 1990 y 39,7 en 1991. Sin embargo, brotes de hepatitis A siguen ocurriendo en las comunidades pequeñas, en las cuales se ha confirmado contaminación fecal del agua.

### *Enfermedades crónicas transmisibles*

En 1990 se notificaron 50 casos de tuberculosis (todas las formas), con una tasa de 1,6 por 100.000 habitantes, y 201 en 1991, 6,5 por 100.000. Haciendo comparaciones, en 1980 y 1985 las tasas habían sido 20,5 y 13,9 por 100.000 habitantes, respectivamente.

El número de casos de la lepra ha disminuido. En 1980 había 47 casos notificados y la tasa fue 2,1 por 100.000 habitantes, mientras que las tasas en 1985 y 1991 descendieron a 1,1 y 0,5 por 100.000 habitantes, respectivamente.

### *Enfermedades respiratorias*

En 1991, las enfermedades respiratorias fueron la cuarta principal causa de la muerte total, representando 10% de la mortalidad total, con una tasa de 3,9 por 10.000 habitantes. Entre la población de 50 años y más, estas enfermedades fueron la tercera causa principal de muerte, con una tasa de 25,7 por 10.000 habitantes. Las más importantes de estas enfermedades en 1991 fueron la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la bronconeumonía. La mortalidad por enfermedades respiratorias ha disminuido considerablemente, especialmente entre los niños menores de un año de edad. En ese grupo, la bronconeumonía se clasificó en el cuarto lugar como causa de muerte en 1991 (tasa de 0,6 por 1.000 nacidos vivos), mientras que en 1970 ocupaba el segundo lugar (tasa de 6,9 por 1.000 nacidos vivos).

Una encuesta nacional sobre visitas de pacientes ambulatorios encontró que en 1987 las infecciones respiratorias agudas y otras enfermedades respiratorias fueron las principales causas de las visitas de pacientes ambulatorios a las instituciones de la CCSS, representando 17,8%, y en 1989 fueron el diagnóstico asociado con 7,6% de todos los egresos del hospital entre los niños menores de 10 años de edad. La bronquitis es la segunda, solamente la amigdalitis aguda como una razón para las visitas de pacientes ambulatorios entre los niños de 1 a 4 años de edad.

### *SIDA y otras enfermedades de transmisión Sexual*

Para diciembre de 1992, se habían notificado 433 casos de SIDA: 57,5% en los homosexuales, 15,2% en los bisexuales y 8,5% en los heterosexuales. De todos los casos notificados, 86,8% ocurrieron en las personas de 20 a 49 años de edad y 7% (32 casos) en mujeres. Desde 1988 se han notificado siete casos que fueron resultado de transmisión perinatal.

Las tasas de gonorrea notificada por el Ministerio de Salud fueron 380,8 y 313,6 por 100.000 habitantes en 1980 y 1985, respectivamente. En 1990 y 1992 las tasas fueron 141,8 y 107,6 por 100.000 habitantes.

### *Enfermedades y deficiencias nutricionales y metabólicas*

En 1975, 53% de niños menores de 6 años de edad mostraron algún grado de desnutrición: 40,9% leve, 11,2% moderada y 1,1% grave. Entre el mismo grupo de edad en 1982, la proporción fue alrededor de 44%: leve 38%, moderada 5% y 0,3% grave. En 1990, 21% de los niños menores de 6 años que fueron cubiertos por el programa de atención primaria de salud del Ministerio de Salud mostró desnutrición: leve 18,2%, moderada 2,6% y grave 0,17%.

Otras evaluaciones hechas con base en la talla-para-edad entre las personas de 7 años de edad, indicó que la proporción que presentaba retardo del crecimiento había disminuido de 20,4% en 1979 a 9,2% en 1989. Los niños que están desnutridos pertenecen a las familias cuya principal fuente de ingreso es la agricultura y los niños que viven en las áreas rurales son los más gravemente afectados.

Una encuesta de nutrición realizada en 1982 encontró que 10% de los niños menores de 6 años de edad eran obesos. En 1990, se encontró que 3,2% de la población en este grupo de edad, cubierto por el programa de atención primaria de salud tenía sobrepeso. Entre los adultos, un estudio que utilizó datos de 1982 reveló que la prevalencia de obesidad era 31,5% en total, con una proporción mayor en las zonas urbanas (38,5%) que en las zonas rurales (28,2%). La obesidad fue más frecuente entre las mujeres (40%) que los hombres (22%) e incrementaba considerablemente con la edad entre las personas de ambos sexos. En la población menor de 35 años de edad la prevalencia fue 32% entre las mujeres y 14% entre los hombres, mientras que en la población de más de 35 años fue 51% entre las mujeres y 30% entre los hombres. Otro estudio indicó que la prevalencia de la obesidad fue 14,4 y 33,3% entre los hombres y las mujeres de las áreas rurales, respectivamente, y 20,7 y 39,2% entre los hombres y las mujeres de las zonas urbanas.

La prevalencia de la diabetes mellitus en las personas de 15 años y más fue 4,2%; sin embargo, en las personas de 60 años y más un estudio realizado en 1986-1987 encontró que la frecuencia era 13,9% en total, 15,8% entre las mujeres y 11,5% entre los hombres. La diabetes representó 2,3% de las visitas de pacientes ambulatorios por las mujeres a los establecimientos de la CCSS y 1,6% de visitas por los hombres. Entre los pacientes mayores de 44 años, la proporción de las visitas debidas a esta enfermedad aumentó 5% para ambos sexos, y para aquellos de más de 59 años de edad, aumentó 8,2% para las mujeres y 6% para los hombres. La tasa de mortalidad de la diabetes en 1985 fue 0,7 por 10.000 habitantes, pero subió a 1,0 por 10.000 en 1991. Asimismo, la diabetes se clasificó en el décimo sexto lugar, entre todas las causas definidas de muerte.

#### *Enfermedades cardiovasculares*

Las enfermedades del aparato circulatorio son la principal causa de muerte en Costa Rica. Desde 1975, la tasa de mortalidad de esta causa ha fluctuado entre 10,3 y 11,2 por 10.000 habitantes. En 1991 las enfermedades cardiovasculares fueron responsables de 29% de todas las defunciones. Las causas principales dentro del grupo de enfermedades circulatorias fueron el infarto agudo del miocardio, la aterosclerosis, la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular.

#### *Neoplasmas malignos*

Los neoplasmas malignos son la segunda causa principal de muerte. Desde 1975 han representado 20% de la mortalidad total. La tasa de mortalidad de cáncer subió de 6,6 por 10.000 habitantes en 1970 a 7,6 en 1991 y fue mayor entre las personas mayores de 45 años de edad. Entre los hombres, los sitios más comunes de la neoplasia maligna fueron el estómago, con tasas de 26,1 por 100.000 hombres en 1975 y 24,8 en 1991; la próstata, con tasas de 4,9 por 100.000 hombres en 1975 y 9,0 en 1991; la tráquea, el bronquio y el pulmón, con tasas de 6,4 por 100.000 habitantes en 1975 y 7,8 en 1991; y el hígado y los conductos biliares, con una tasa de 4,4 por 100.000

habitantes (en 1975 este tipo de cáncer se clasificó en el décimo cuarto lugar entre causas de muerte, con una tasa de 1,4 por 100.000).

Entre las mujeres, el cáncer del estómago fue el tipo más común, con una tasa de 13,4 por 100.000 mujeres en 1975 y 13,8 en 1991. El segundo tipo más común fue el cáncer del cuello uterino, el cual en 1975 fue la tercera causa principal de muerte entre las mujeres. La tasa de mortalidad de este cáncer aumentó de 5,5 por 100 000 mujeres en 1975 a 8,1 en 1991. El tercero fue el cáncer de mama, que se movió del segundo lugar entre las causas principales de muerte femenina en 1975, con una tasa de 5,7 por 100.000 mujeres, al tercer lugar en 1991, con una tasa de 6,7. El cuarto sitio más común de la neoplasia maligna fue el páncreas, con una tasa de 4,3 por 100.000 mujeres. En 1990 los neoplasmas malignos representaron 3,6% de todos los egresos del hospital de la CCSS.

### *Accidentes y violencia*

El grupo de causas que comprendían los accidentes, las lesiones e intoxicación es la tercera causa principal de muerte entre los 17 principales grupos de causa y fue responsable de 4,4 de muertes por 10.000 habitantes en 1990. Las defunciones por accidentes de transporte en 1990 constituyeron 32% de la mortalidad total por causas externas. Los grupos de edad más afectados fueron los de 45 años y más, 35 a 39, y 20 a 34, en los cuales las tasas fueron 30,3, 20,3, y 19,1 por 100.000 habitantes, respectivamente. Murieron más hombres que mujeres en cada uno de estos grupos de edad. Entre todos los tipos de accidentes de transporte, la principal causa de muerte fueron las colisiones de vehículos automotores con peatones.

En 1990, la mortalidad por suicidio representó 12% del total de muertes por causas externas. El grupo de edad de 60 años y más fue el más afectado, con una tasa de 9,8 por 100.000, seguido del grupo de 20 a 44 años, con una tasa de 9,2 por 100.000. La mortalidad por homicidio constituyó 10% de la mortalidad total por causas externas en 1990. De los homicidios investigados en 1990 por la Agencia de Investigación Judicial, 18% fueron el resultado de conflictos entre individuos, 16,5% de luchas, y 15,8% detenidos por robo o asalto.

Las lesiones, fracturas, intoxicación y otras causas externas representaron 6,4% de todos los egresos del hospital de la CCSS en 1990.

### *Alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia*

La prevalencia del tabaquismo entre la población de 18 años y más es 22,3%. La prevalencia es mayor entre los hombres (33,8%) que en las mujeres (11,2%) en todos los grupos de edad. Los fumadores masculinos también fuman más cigarrillos por día. Cincuenta y cuatro por ciento de hombres y 84,7% de mujeres nunca han fumado, y 12,2% de hombres y 4,1 % de mujeres son exfumadores. En 1984, la prevalencia del tabaquismo en la población adolescente se calculó en 12,7% (17,0% entre hombres y 9,6% entre mujeres). Entre los de menores de 15 años, la prevalencia fue 9,6% y entre los de 15 a 20 años fue 14,9%.

La prevalencia del consumo de alcohol es 57% (10% de los que beben son bebedores empedernidos y 5% son alcohólicos). El problema es mayor entre los hombres que en las mujeres. Se empieza a beber en edades muy tempranas: 10% de bebedores comenzaron a beber a los 12 años de edad, 26% a los 15 y 46% a los 18. De los bebedores empedernidos y los alcohólicos, 80 y 59%, respectivamente, son personas entre 15 y 34 años de edad. En 1992 se observó un aumento del consumo de alcohol entre las mujeres, con un aumento de 27% en el beber moderado y un incremento de 11,1 % en el beber excesivo, en relación con los niveles de 1980.

En cuanto al uso de drogas sicotrópicas, en 1990 se prescribieron 37 millones de dosis de benzodiazepanes. Se calcula que 7,6% de las personas de 12 años y más, regularmente toman hipnóticos, 6,9% tranquilizantes, y 5,1 % estimulantes. Además, 1,6% de esta población usa marihuana y 0,5% cocaína.

### *Trastornos mentales y de la conducta*

En 1987 los trastornos mentales y de la conducta representaron 6,3% de todas las visitas de pacientes ambulatorios a las instituciones de la CCSS; los trastornos neuróticos fueron la causa principal de ambos sexos (3,2% entre

mujeres y 2% en hombres), especialmente entre aquellos mayores de 20 años. En la población de 20 a 59 años, los trastornos neuróticos fueron la tercera razón principal para las visitas de pacientes ambulatorios entre las mujeres (4,1%) y el quinto entre los hombres (3,5%). En el grupo de 60 años y más, estos trastornos fueron la cuarta causa principal entre las mujeres (3,6%) y la séptima entre los hombres (9,8%). En las psicosis de 1990, los trastornos neuróticos, el abuso de drogas y otros trastornos mentales representaron 3% de los egresos del hospital. Tales trastornos fueron la sexta causa principal de hospitalización (1,9%) en el grupo de 20 a 44 años, el cuarto (4,2%) en el grupo de 45 a 50 años y el décimo segundo (2,6%) en el grupo de 60 años y más.

### *Salud bucodental*

En 1991 el índice de CPR (caries, perdidos, rellenos) entre los niños menores de 12 años de edad fue 8,4, lo que representa una reducción de la cifra de 9,1 reportada en 1984. El problema es sumamente grave en las provincias de Limón, Guanacaste y Puntarenas. La periodontopatía se vuelve más común en las edades avanzadas.

## **Factores de riesgo**

### *Riesgos en el entorno físico*

Costa Rica ha experimentado aumentos en la acumulación de residuos sólidos, contaminación del aire (causado principalmente por vehículos automotores) y contaminación del agua por sustancias químicas. En 1990, según el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado (ICAA), 92,8% de la población de todo el país tenía el servicio de agua; sin embargo, en muchas comunidades la calidad del agua no es óptima para el consumo humano. El ICAA informó que la cobertura nacional para la recolección y desecho sanitario de aguas residuales fue 39%. La recolección de residuos sólidos alcanza a solo 46% de la población, y se calcula que solo 30% de la cantidad total recogida se elimina adecuadamente. El área metropolitana de San José tiene un vertedero sanitario, que no es administrado satisfactoriamente.

### *Riesgos en el ambiente de trabajo*

El número de intoxicaciones por plaguicidas en Costa Rica aumentó de 193 casos en 1987 (6,9 por 100.000 habitantes) a 293 casos en 1990 (9,7 por 100.000). La información del Ministerio de Salud indica que 64% de las plantaciones de banano estudiadas no tenían sistemas apropiados para administrar los productos agroquímicos y 82% carecieron de procedimientos adecuados para manejar los afluentes contaminados.

### *Desastres naturales y accidentes industriales*

El huracán Juana, que bordeó la costa Atlántica el 23 de octubre de 1988, causó una grave inundación e interrumpió la comunicación con varias comunidades. La tormenta causó 21 muertes y dejó a más de 7.500 personas sin vivienda, además de destruir los sistemas de caminos. La más grave consecuencia del huracán Juana fue el daño económico que causó por la destrucción de cultivos y ganado en las áreas afectadas.

El terremoto ocurrido el 22 de diciembre de 1990, afectó principalmente a la provincia de Alajuela. A pesar que varios hogares y edificios en el área estaban dañados, solamente murió una persona. Otro terremoto ocurrido el 16 de febrero de 1991 en el Valle central, destruyó aproximadamente 35 viviendas y causó daño moderado a 15 y daño leve a 66. El terremoto del 22 de abril de 1991 en la provincia de Limón fue uno de los más fuertes que ocurrió en Costa Rica. Causó tremendos daños en la infraestructura del puerto de Limón y en los sistemas de caminos en la región del Caribe. También se reportó algún daño en las provincias de San José y Cartago.

Como resultado de este terremoto, murieron 48 personas y 561 sufrieron lesiones, y otros 6.841 mantuvieron daños relacionados con el terremoto. Un total de 2.894 viviendas se destruyeron y 4.427 estaban dañadas.

### *Contaminación de los alimentos*

El tipo más común de enfermedad transmitida por los alimentos es la intoxicación por *Staphylococcus aureus*, seguido de la shigelosis y la salmonelosis. La incidencia reportada de intoxicación alimentaria estafilocócica fue 7,7 por 100.000 habitantes en 1987 y 18,2 en 1990. La incidencia de

shigelosis fue 1,6 por 100.000 en 1987 y 6,4 en 1990, y de salmonelosis fue 1,8 por 100.000 en 1987 y 3,4 en 1990.

Un estudio realizado durante el periodo 1985 a 1988 demostró la presencia de aflatoxinas en el maíz blanco; más de 50% de las muestras analizadas mostraron niveles 20 partes por millón.

## **Recursos disponibles**

### *Recursos humanos*

Juntos, la CCSS y el Ministerio de Salud emplean cerca de 90% de los recursos humanos en el sector de la salud. En 1991 la CCSS tuvo 25.599 empleados de salud (aproximadamente 75% de los recursos del sector) y el Ministerio 5.718, para un total de 31.317 (10,3 por 10.000 habitantes). De estos trabajadores, 2.759 eran médicos (9 por 10.000 habitantes), 339 dentistas (1,1 por 10.000 habitantes), 397 microbiólogos (1.29 por 10.000 habitantes), 221 farmacéuticos (0,72 por 10.000 habitantes), y 1.630 enfermeras profesionales (5,28 por 10.000 habitantes).

En 1990 el ICAA tenía 3.100 empleados, y el INS 58 trabajadores involucrados en actividades directas relacionadas con salud (2,5% de su personal total).

Los recursos humanos en todas las áreas, en función de las tasas por 10.000 habitantes, aumentaron entre 1970 y 1987. Aproximadamente 49% de la fuerza laboral del sector salud efectúa actividades relacionadas con atención personal de salud y protección ambiental. El resto realiza responsabilidades administrativas o generales. A pesar de que dos tercios de la fuerza laboral está concentrada en la región central - donde están ubicadas las oficinas centrales, los principales centros médicos y una gran proporción de la población - solo una décima parte de estas personas están ocupadas en actividades administrativas de nivel central.

Las tres cooperativas existentes en 1993 - que prestaron servicios a la CCSS y al Ministerio de Salud bajo contrato - tenían una fuerza laboral total de aproximadamente 350 empleados.

El capacitación para el personal de salud es proporcionada por varias instituciones públicas y privadas, que son ya sea parte de una universidad o

vinculadas a ésta, especialmente la Universidad de Costa Rica. Cada institución en el sector tiene la responsabilidad de la educación continua y la capacitación de su personal. La CCSS, en particular, proporciona dicha capacitación a través del Centro para el Desarrollo Estratégico e información sobre Salud y Seguro Social.

El país nunca ha tenido programas y políticas coordinadas respecto al desarrollo de recursos humanos, lo que ha conducido, por un lado, a desajustes entre la cantidad, tipo y distribución de los recursos disponibles, y por el otro, las necesidades de salud de la población y los programas llevados a cabo para abordarlas.

En 1989 había 3.179 estudiantes matriculados en los programas universitarios en ciencias de la salud: 70,6% en la Universidad de Costa Rica, 9,2% en otras instituciones públicas y 20,2% en las universidades privadas. En 1989, la Universidad de Costa Rica estableció un programa de grado en salud pública para graduados.

### *Recursos financieros*

Durante 1990, el gasto público en salud representó 7,8% del PIB. El gasto permaneció alrededor de este nivel en todo el periodo 1988- 1992. Los ingresos de las instituciones del sector salud en 1990 ascendieron a EEUU\$ 378,98 millones, mientras que el gasto por estas instituciones totalizaron EEUU\$ 385,78 millones; el gasto del Ministerio de Salud y de la CCSS representó 87% del déficit de EEUU\$ 6,80 millones.

El deterioro del gasto en salud por las diversas instituciones sectoriales fue el siguiente: Ministerio de Salud, 10,8%; CCSS, 72%; IAFA, 0,5%; INCIENSA, 0,3%; ICAA, 8,1%; e INS, 8,3%. La mayoría (69%) de los ingresos del sector salud viene de las contribuciones del empleador-empleado al sistema de seguro social y al plan de seguro de trabajadoras, 7% de los fondos asignados bajo el presupuesto nacional, 8,7% de los honorarios cargados por bienes y los servicios, 4,7% del Fondo para el Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, y 11,6% del producto de las loterías y otras fuentes. Los servicios hospitalarios representan 34% del total de gastos (54% del gasto de la CCSS), 27% los servicios ambulatorios de la CCSS, y 10% los programas

del Ministerio de Salud. Los servicios prestados por otras instituciones sectoriales representan el porcentaje restante.

Según una encuesta llevada a cabo en 1987 y 1988 por el Departamento de Estadísticas y Censos, el gasto privado en salud ascendió a EEUU\$ 77,20 millones en 1988, que equivale a 23% de la cantidad gastada por el Ministerio de Salud y la CCSS ese año.

### *Recursos físicos*

En 1992 el Ministerio de Salud tenía 61 centros de salud y 379 puestos de la salud. Además, juntamente con la CCSS proporcionó servicios en 60 establecimientos (1 hospital regional, 4 hospitales periféricos y 55 consultorios), para un total de 500 centros de salud y puestos completa o parcialmente bajo la responsabilidad del Ministerio. Los recursos del Ministerio de Salud también incluyen 64 clínicas dentales escolares, 24 unidades médicas móviles, 59 unidades dentales móviles, 462 centros de educación sanitaria y nutrición (CEN), 62 centros de educación en salud y nutrición, y cafeterías escolares (CENCE) y 44 centros integrales de salud y nutrición infantil (CINAI).

La CCSS maneja 29 hospitales (9 nacionales, 7 regionales y 13 equipo periférico) y 141 consultorios de pacientes ambulatorias, 2 de los cuales son administrados por las cooperativas de salud. Además, presta servicios ambulatorios en dos centros de salud y dos puestos de salud del Ministerio de Salud (centros de salud conjuntos). Los recursos de la CCSS también incluyen 21 puestos o consultorios comunitarios de salud, que operan fuera de sus propias instalaciones o fuera de las instalaciones propiedad de la comunidad o de una cooperativa de salud.

Según los datos de 1989, el Ministerio de Salud tenía 40 camas en los centros rurales de salud, 50 en el INCIENSA, y 127 en el IAFA. En 1991, la CCSS tenía 6.382 camas (20,6 por 10.000 habitantes); 66,4% estaba en los hospitales nacionales, 18,6% en los siete hospitales regionales, y 15,0% en los 13 hospitales periféricos. Del número total de camas disponibles, 27% (5,5 por 10.000) es designado para los pacientes con enfermedades crónicas y el resto para los pacientes con enfermedades agudas. Hay 742 camas pediátricas, 47% de las cuales están en el Hospital Nacional de Niños.

En 1991 hubo 289.316 egresos hospitalarios. La tasa de ocupación de camas fue 78,2%, la estadía promedio en el hospital fue 6,1 días, y la tasa de recambio de camas fue 45,4. En cuanto a los servicios ambulatorios, la productividad fue 3,8 consultas médicas por hora contratada (1.573.309 horas), 2,4 consultas dentales por hora contratada (267.414 horas) y 2,1 consultas por hora contratada para otros profesionales (101.665 horas). El número, tanto de egresos hospitalarios como de servicios ambulatorios permaneció más o menos constante durante el periodo 1989-1990.

La red del Ministerio de Salud/CCSS de servicios en 1992 incluía 1 19 laboratorios clínicos y 16 laboratorios especializados, 175 farmacias, 45 instalaciones de diagnóstico por imágenes (tres con equipo de exploración CAT) y 27 bancos de sangre, asociados con los laboratorios de la red de hospitales y con el Banco Nacional de Sangre, que opera juntamente con la Cruz Roja.

En el sector público, la infraestructura para la producción de medicamentos y productos biológicos está limitada. Solo la CCSS tiene alguna instalación y consta de un laboratorio pequeño que fabrica productos farmacéuticos, uno que produce soluciones parenterales y otro que prepara los reactivos químicos.

El INS maneja un albergue temporal y el centro de salud, un consultorio central que presta servicios ambulatorios y 16 dispensarios pequeños ubicados estratégicamente en todo el país. Contrata el volumen de servicios que ofrece a la CCSS y a los consultorios y médicos privados.

En 1991 el ICAA manejó 118 sistemas de agua. Tiene cinco oficinas regionales y varias agencias locales.

El sector privado de atención de salud no es extenso. A principios de 1992 incluía solo cuatro consultorios privados pequeños con un total de 155 camas de hospital; 352 farmacias; 1951 laboratorios clínicos; y 25 instalaciones de diagnóstico por imágenes (uno con equipo de exploración CAT). Este sector también incluye a un gran número de médicos y dentistas privados y un pequeño número de consultorios dentales y de rehabilitación, y laboratorios de patología y citología distribuidos en todo el país. Sin embargo, no está

disponible ningún registro o datos confiables sobre el tamaño de esta red privada.

El país tiene 26 laboratorios o empresas privadas que realizan la fabricación de productos farmacéuticos; 20 son nacionales y seis son manejados por compañías multinacionales. Dos de los últimos están ubicados en las áreas de comercio y procesan productos para la exportación.

*Adaptado de:*

OPS. 1994. *Las condiciones de salud en las Américas*, Vol II. Washington, DC: OPS, p. 140-152.