

Políticas y Estrategias de Salud en Costa Rica.

Edgar Mohs Villalta (*)

BREVE DESCRIPCIÓN DE COSTA RICA

Descubierta en 1502, obtuvo su independencia en 1821 y en 1825 inició su vida republicana; sus primeros jefes de estado fueron maestros de escuela. Costa Rica tiene un territorio de 51.100 km² y está situada en el istmo centroamericano. Su población es de aproximadamente 3 millones, la mayoría blancos y mestizos; otras razas representan menos del 5% y muestran una fuerte tendencia a integrarse con la mayoría. Alrededor del 10% de la población total está compuesta por inmigrantes y refugiados centroamericanos y otros latinoamericanos.

Su economía, está basada en productos tradicionales como café, banano, azúcar y carne; en los últimos 20 años surgió una industria liviana, y recientemente el turismo se está desarrollando; el país tiene sólidamente establecido un sistema político democrático occidental, que sólo ha sufrido dos breves interrupciones en los últimos 100 años. Todos los gobiernos han puesto gran énfasis en la educación y la salud, lo cual ha permitido que el analfabetismo sea menor del 10% y que la tasa de mortalidad general sea una de las más bajas del mundo. Gracias a la convergencia de estos factores y a su evolución histórica, los ciudadanos tienen un alto espíritu de solidaridad, acendrado respeto por las leyes, la justicia social y la libertad. El ejército fue abolido constitucionalmente en 1949 y el orden y la seguridad quedaron bajo la responsabilidad de una policía civil, que durante el periodo electoral depende del Tribunal Supremo de Elecciones y cambia con el Gobierno de la República cada cuatro años.

(*) Ex-ministro de Salud, Director General, Hospital Nacional de Niños, Apartado 1654-1000, San José, Costa Rica, Catedrático de la Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.

Durante la década de los setentas, se acrecentó el interés por la organización de servicios de salud accesibles para todos, y ahora puede afirmarse que tal interés es otra de las características que distinguen a este país. El cuadro 1 muestra algunos hitos de la historia de Costa Rica.

Cuadro 1: Hitos históricos de Costa Rica

Cristóbal Colón descubrió Costa Rica	1502
Abolición de la esclavitud	1803
Independencia de España	1821
Primera Universidad	1843
Escuela primaria universal y compulsiva	1869
Abolición de la pena de muerte	1822
Voto universal	1822
Coeducación secundaria	1907
Creación del Ministerio de Salubridad	1927
Voto secreto	1928
Erradicación de la viruela	1939
Ley constitutiva de la CCSS	1943
Reforma social	1942
Voto de la mujer	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

EL DESARROLLO DE LA SALUD PÚBLICA

En el desarrollo de la salud pública en Costa Rica pueden reconocerse cuatro grandes etapas:

Primera - 1850-1900: Se distingue por esfuerzos aislados que procuran brindar una atención básica, particularmente a los menesterosos.

Segunda - 1900-1940: Se caracteriza por la introducción de programas de salubridad y la extensión de un concepto de beneficencia para asistir a los pobres. Se crea el Ministerio de Salubridad.

Tercera - 1940-1970: Surge un marcado interés por la medicina preventiva y se intenta formar un Sistema Hospitalario Nacional. Se crea la Caja Costarricense de Seguro Social.

Cuarta - 1970-2000: En la década de los 70, se elaboró y puso en marcha un Plan Nacional de Salud, para otorgarle servicios a la totalidad de la población y controlar o erradicar las infecciones comunes y la desnutrición. En la década de los 80 se consolidó el Sistema Nacional de Salud; se iniciaron nuevos modelos de atención de la salud y se avanzó mucho en la integración Ministerio de Salud - C.C.S.S.; y se comenzaron programas de prevención de las enfermedades crónicas.

1900 MEDICINA ASISTENCIAL BASICA

En la época precolombina y hasta los primeros años del siglo XVII, la medicina fue ejercida por médicos brujos y sukias, pero con la llegada de los españoles, estas prácticas fueron combatidas y perseguidos quienes las realizaban. En 1790, llegó a Costa Rica Esteban Corti, primer médico, graduado en Europa, que ingresaba al país, pero pronto se le acusó de practicar la brujería y se le envió a Guatemala, donde fue juzgado por la inquisición. Entre la legislación más antigua en materia de salud se citan el Decreto del 3 de julio de 1845, mediante el cual se creó el Hospital San Juan de Dios y también el Decreto del 29 de setiembre de ese mismo año que estableció la Primera Junta de Caridad.

1900 - 1940 SALUD PUBLICA Y BENEFICENCIA

Durante las primeras décadas del presente siglo se producen gran cantidad de leyes, reglamentos, decretos ejecutivos y disposiciones generales relacionados con la salud pública, acción que respondió primero a esfuerzos aislados, dispersos y carentes de adecuada coordinación pero, conforme transcurrieron los años, se logró una infraestructura orgánica y administrativa propia, que favoreció los ideales de superación en este campo. Criterios de avanzada en materia de salud inspiraron las decisiones políticas de la época, como puede deducirse de la legislación que se menciona a continuación: Por Decreto del 1º de setiembre de 1914, se creó el Departamento Sanitario Escolar para proteger la salud de menores entre 7 y 14 años de edad, que asistían a escuelas públicas. Este Departamento empleó los primeros asistentes sanitarios escolares que se adiestraron en el país y

tenía a su cuidado clínicas escolares generales, dentales y oftalmológicas, el sancamiento escolar y las colonias veraniegas escolares creadas en 1920; estas colonias eran albergues transitorios para niños en situación de abandono o desamparo. Posteriormente, y en forma gradual, surgió y se amplió la legislación para prevenir y tratar problemas de salud pública tan diversos como la tuberculosis, la malaria, las enfermedades venéreas, la viruela, la lepra, la fiebre amarilla, la tifoidea, el uso de drogas estupefacientes: da sus primeros pasos la estadística vital: en 1920 se crearon las primeras clínicas prenatales e infantiles consideradas como la base de la salud pública, ya que con ellas se establece la protección del ser humano desde su concepción.

Subsecretaría de Higiene y Salud Pública: La falta de unidad que existía para el manejo de las actividades de salud, el grado y naturaleza de los problemas, la profusa legislación ya acumulada, la incorporación de un mayor número de médicos, otros profesionales y técnicos, el adiestramiento de personal, etc., determinaron la creación de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública el 12 de julio de 1922, adscrita a la Secretaría de Policía. (Esta subsecretaría llegaría a ser, muchos años después, nuestro Ministerio de Salud). Complemento importante de esta reestructuración orgánica fue la Ley Nº 52 "Sobre protección de la salud pública", del 12 de marzo de 1923; en ella se declara la salud nacional como obligación del estado y la salud local, como responsabilidad de los municipios.

Para cumplir con las previsiones de esta ley era indispensable contar con personal adiestrado y de allí que muchos esfuerzos se orientaran hacia esta meta: en 1924 se creó la Escuela de Inspectores de Sanidad, en 1926 se redefinió el papel del asistente escolar. También por ley en 1927, se creó la categoría de Visitadora Social para la Lucha antituberculosa y en 1928, las primeras plazas de enfermeras obstétricas para solventar la escasez de los médicos de pueblo; a la vez, por Ley Nº 24, del 4 de junio de 1927, se creó la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social. En el año 1931 se creó el Médico Oficial, que sustituyó al Médico de Pueblo, con mayor número de funciones y un criterio de trabajo inspirado en la protección social y el bienestar de la colectividad, y ya no en el de caridad. En 1934 aparecieron los directores de unidades sanitarias, con iguales atribuciones que los médicos oficiales (jefe de sanidad, médico forense y médico

escolar) encargados de la asistencia a los pobres y de los accidentes de trabajo.

Instituto Nacional de Seguros: Esta institución autónoma del Estado, que originalmente tenía el nombre de Banco Nacional de Seguros, fue creada por la Ley N° 12, del 30 de octubre de 1924. Esta ley representa la culminación de un interesantísimo capítulo de nuestra historia, cuyo origen podemos localizar en el siglo XIX. Antes de 1924, los seguros estaban en manos de compañías extranjeras, las que manejaban seguros contra incendios; estos seguros eran necesarios, dado el auge del comercio y de la industria a principios del siglo XX; los comerciantes, por ejemplo, hacían grandes inversiones en la importación y necesitaban protegerlas. En esta época se desató “la plaga del “incendiarismo”; algunos comerciantes quemaban sus establecimientos para cobrar el seguro, acción que ponía en peligro no sólo las propiedades sino también la vida de los ciudadanos. Era, pues, menester regular las relaciones de las compañías con los asegurados y eliminar la fuga de divisas.

El proyecto de ley que nos habla de protección por incapacidad y de indemnización económica, como responsabilidad patronal, se preparó en 1907; pero habrían de pasar años para que esto fuera una realidad: se legisló en 1925. En 1925 el Banco comenzó a ofrecer sólo pólizas de vida pero ya en 1926 monopoliza el seguro de incendio y el de accidentes de trabajo. Poco a poco el Banco se hizo cargo de otros seguros, entre ellos el de Fidelidad o Bono de Posiciones que cubre los riesgos por pérdida de dinero y otros valores, el de vehículos motorizados en 1943, y en 1969 el de cosechas. En 1940 se le facultó para hacer préstamos para construcción con la Póliza de Vida como garantía. El Instituto Nacional de Seguros tiene su nombre actual desde 1948 y lo gobiernan una Junta Directiva y un Presidente Ejecutivo, nombrados por el Consejo de Gobierno.

1940 - 1970 MEDICINA PREVENTIVA INSTITUCIONALIZADA

Consolidación del Ministerio de Salud: La puesta en práctica de la medicina preventiva requiere una fuerte organización y una gran coordinación, tanto intra como interinstitucional. Muchas medidas tomadas en estas décadas dieron como resultado que la Secretaría de Salubridad se viera fortalecida

paulatinamente, ya con la creación o reorganización de departamentos o direcciones, ya con la cooperación internacional, ya con cambios estructurales y mejor dotación financiera. Mencionaremos ahora alguna de estas medidas, que posibilitaron luego muchos logros. El 20 de mayo de 1941 fue promulgado el Reglamento General de Patronatos y Juntas de Protección Social. En este documento se otorgó a estas entidades el carácter de asociaciones permanentes de orden público y se les confió la administración de los hospitales, asilos, cementerios y otros centros, dejando su dirección técnica y fiscalización económica bajo la responsabilidad de la Dirección General de Asistencia Médico Social. La operación de los centros de salud, a cargo de las juntas mencionadas, era financiada en buena parte por medio de subvenciones del Gobierno, el Impuesto de Beneficencia y la Lotería Nacional.

En 1943 se promulgó el primer Código Sanitario por Ley N° 33, del 18 de diciembre. Esta derogó la N° 52 de 1923 “Sobre protección a la salud pública”, el Código recogió la profusa legislación acumulada a lo largo de los años y la amplia experiencia existente en materia sanitaria. También se refería a la estructura orgánica de la Secretaría de Salubridad y a las normas y controles en materia de salubridad local e internacional. Otra ley importante, emitida en 1950, fue la Ley General de Asistencia Médico Social. Esta creó la Dirección General de Asistencia Médico Social la cual, con la asesoría del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social -creado por la misma ley-, tendría, entre otras, las siguientes atribuciones: Coordinar las instituciones médico-asistenciales y las de protección social, proveer dirección técnica y ejercer la fiscalización económica de los mencionados centros, ejercer la supervisión técnica de instituciones análogas de tipo particular.

La aplicación de la Ley General de Asistencia Médico Social hizo necesaria la modificación de la distribución de los fondos provenientes de la Lotería Nacional y, años después, la promulgación del Reglamento General de Hospitales Nacionales. Al finalizar la década de los cuarenta, la Secretaría de Salubridad había cambiado su nombre por el de Ministerio de Salubridad y contaba con la Dirección de Salubridad, a cuyo cargo quedaron todas las labores propias de la salubridad pública; la Dirección General de Asistencia Médico Social, responsable de las

instituciones médico-asistenciales y la Dirección Administrativa. (1).

Caja Costarricense de Seguro Social: Encontramos antecedentes de la seguridad social en Costa Rica en la Ley N° 13 de 1926, que clasificó al ofidismo como enfermedad profesional de los trabajadores agrícolas. También en los Decretos Ejecutivos N°2, de julio y 8 de noviembre de 1935, que reglamentaron la Ley N° 30, de diciembre de 1934, sobre la hospitalización de trabajadores de la industria del banano y la utilización del 1% retenido por Ley, de la venta de esta fruta.

En 1941 se promulgó la Ley sobre los seguros sociales obligatorios (2), y el 7 de julio de 1943, entró en vigencia la Ley N°24, (3) que incorporó a la Constitución Política la Sección III "De las Garantías Sociales", cuyo Artículo 63 dispone lo siguiente: "... se establecen los seguros sociales en el beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patrono y trabajadores, a fin de proteger a estos contra los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte y demás contingencias que la Ley determine. La administración y el gobierno de los seguros estarán a cargo de una institución autónoma denominada Caja Costarricense de Seguro Social ...". El 22 de octubre de 1943 se dictó la Ley Constitutiva de la Caja. (4)

El régimen de Enfermedad y Maternidad se empezó a aplicar el 1° de setiembre de 1942, en forma gradual, limitado inicialmente al grupo económicamente activo del área urbana metropolitana y cabeceras de provincia con mayor densidad de población. Se cotizó sobre una base de ₡400.00 mensuales, y este servicio abarcó únicamente a los asegurados directos. Entre 1944 y 1947 la cobertura se extendió en el Valle Central al incluirse la población rural y establecerse el seguro familiar. El Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte entró en vigencia el 1° de enero de 1947 para dar protección obligatoria a la población asalariada. Al finalizar la década de los cincuenta, el Régimen de Enfermedad y Maternidad abarcaba el 27% de la población económicamente activa y el 18% de la población total del país. El de Invalidez, Vejez y Muerte el 8% y el 7%, respectivamente. Por Ley N° 2738, (5) la Asamblea Legislativa impuso a la Caja la obligación de universalizar los seguros a su cargo, incluyendo la protección familiar en el Régimen de Enfermedad y Maternidad, en un plazo no mayor de

10 años. No obstante, esto no se logró. A finales de la década de los sesentas, únicamente un 38% de la población activa, un 45% del total y un 60% de la población asalariada estaban protegidos por el Régimen de Enfermedad y Maternidad y sólo el 24% de la población activa y el 28% de la total, por Invalidez, Vejez y Muerte. La protección familiar en el área metropolitana se hizo realidad apenas en 1965.

La Ley N° 4750 (6) reformó el Artículo N° 3 de la Ley Constitutiva de la Caja eliminando los topes de cotización para el régimen de Enfermedad y Maternidad, medida que obedeció a la decisión política de acelerar el proceso de universalización de los seguros. Al finalizar la década de los setentas, la extensión del seguro por Enfermedad y Maternidad era ya de 84,3% de la población total (2.162.080 habitantes) y en Invalidez, Vejez y Muerte el 17.6% sobre la población total.

Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados: La ciudad de San José durante los primeros años de la colonia era una pequeña aldea, muy pobre y despoblada, que tenía graves problemas para el abastecimiento de agua. Estos problemas se debían a la lejanía de las fuentes, la topografía del terreno, los densos bosques aledaños y la pobreza de los habitantes. Inicialmente dispusieron de pozos; posteriormente, se construyó una zanja de unos ocho kilómetros de longitud. Esta zanja pasaba por la Avenida Primera y al llegar a la esquina actual del Banco Nacional doblaba al norte para terminar con el río Torres.

En 1866 se compraron los terrenos para la construcción de los tanques de Aranjuez y finalmente, en 1968, se inauguró la cañería, que le fue entregada a la Municipalidad para su administración. Conforme pasaron los años, fueron construyéndose otros acueductos en las zonas urbanas pero no como respuesta a un plan de prioridades del país sino, más bien, por iniciativa y con recursos económicos de las municipalidades y, en algunas ocasiones, el propio Ministerio de Salubridad. Los primeros pasos para controlar la calidad del agua en Costa Rica se dieron en la década de los cuarenta, en un pequeño laboratorio instalado para la planta de tratamiento en Tres Ríos, cuando ésta era administrada por la Municipalidad de San José. En 1951 comienza esta labor en el Laboratorio del entonces Ministerio de Salubridad Pública, para análisis bacteriológicos y físico-

químicos. En 1952 se inició la fluoruración del agua en la planta de tratamiento de Tres Ríos, pero no tuvo éxito, por insuficiencia de recursos técnicos y económicos. Los escasos recursos financieros y técnicos y la atomización del servicio de agua, hacían imposible la coordinación, del uso más racional de las fuentes hidrográficas y la uniformidad en la aplicación de los controles de calidad y tratamiento de las aguas para garantizar la potabilidad. Debido a esta situación, se creó el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados (A y A) el 14 de abril de 1961, por Ley Nº 2726. (7) En la actualidad esta institución opera la mayoría de los acueductos y abastece con agua potable a más del 90% de la población. Alrededor del 70% cuenta con alcantarillado sanitario y su gran contribución a la salud es indiscutible.

LA DECADA DE LOS 70

El año 1970 marca el comienzo de un Sistema Nacional de Salud, que significó la cobertura para toda la población y el control de las enfermedades infecciosas más comunes y de la desnutrición infantil. (8) A principios de la década de los setentas, el Ministerio de Salubridad se abocó a estudios exhaustivos de la situación de salud, de la disponibilidad y rendimiento de los recursos existentes, tanto humanos como materiales y del grado de integración y coordinación de los servicios. Estableció las premisas para otorgar prestaciones de salud (Cuadro 2) y formuló primero el diagnóstico de salud y luego el Plan Nacional de Salud para la década 1971-1980; también procedió a tomar una serie de decisiones políticas para lograr los nuevos objetivos, a las que nos vamos a referir al final de este tema.

Cuadro 2: premisas para otorgar servicios de salud

- La atención de la salud es un derecho de la población, y el Estado tiene la responsabilidad de organizarla correctamente.
- Los servicios de salud deben ser integrales, comprendiendo la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades.
- Los servicios deben regionalizarse y sectoriarse para ampliar la cobertura y mejorar la oferta local.
- Debe dársele preferencia a la buena atención ambulatoria que se presta, en una consulta externa bien organizada.
- Debe promoverse ampliamente la formación de recursos humanos de niveles profesional, técnico y auxiliar, así como la educación continuada, la capacitación en servicio y la investigación de problemas médicos/administrativos.
- El costo de los servicios debe estar de acuerdo con la capacidad económica del país.

Durante el período de desarrollo de las instituciones que forman el Sector Salud, hemos señalado una cuarta etapa, que se inició en el año de 1970, con la elaboración de un Plan Nacional de Salud. Aunque en la elaboración de este Plan participaron todas las instituciones, las que tuvieron una responsabilidad mayor fueron el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social; como ya mencionamos anteriormente, los propósitos fueron dotar de servicios de salud a toda la población costarricense mediante la reorganización del sector y el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud que, esencialmente, facilitará la erradicación o el control de las enfermedades infecciosas comunes y la drástica reducción de la desnutrición. Se fijaron algunas metas específicas, entre las cuales podemos citar, a título de ejemplos, las siguientes:

- Aumentar la expectativa de vida en ocho años.
- Disminuir la mortalidad infantil en 50%
- Disminuir la prevalencia del bocio endémico por debajo de 10%.
- Abastecer con agua potable al 100% de la población urbana y al 70% de la población rural.

Para lograr tanto estas metas específicas como los propósitos generales, fue necesario tomar una serie de decisiones políticas que se materializaron en varias importantes leyes y en la creación del programa de salud rural. A continuación veremos las principales características de las leyes.

Principales medidas legales: La ley Nº 5349 (9) de Traspaso de los Hospitales a la Caja Costarricense de Seguro Social para universalizar el Sistema de Seguridad Social y con ello garantizar a toda la población el acceso a servicios de atención médica de buena calidad. La ley Nº 5395 (10) conocida como Ley General de Salud. Esta ley sustituyó al Código Sanitario de 1949 y definió, en forma muy clara, las relaciones que en materia de salud deben existir entre el Estado, los individuos y las empresas. Reunió una serie de principios obligatorios concernientes a la salud individual y de la colectividad, orientados a la consecución del mejor nivel de salud posible y responsabilizó al Ministerio por la definición de las políticas nacionales respecto de la planificación, coordinación y control de las actividades públicas y privadas relativas a la salud.

La Ley N° 5412 (11) o Ley Orgánica del Ministerio, por la que, en adelante, se denominaría al Ministerio, Ministerio de Salud, permitió la reestructuración interna de sus dependencias. La Dirección General de Salud y la Dirección General de Asistencia formaron una sola unidad bajo el nombre de Dirección General de Salud. El Consejo Técnico de Asistencia Médico Social quedó adscrito al Despacho del Ministro y sus funciones fueron reducidas a la recaudación y distribución de los dineros destinados a la atención de los pacientes asegurados por el Estado (antes conocidos como indigentes). Fueron creados el Consejo Nacional de Salud y la Unidad Sectorial de Planificación, entre otros organismos asesores. Por otro lado, y como parte importantes del Plan Nacional de Salud, se creó el Programa de Salud Rural y se fortalecieron enormemente los de saneamiento ambiental, abastecimiento de agua potable, inmunizaciones y nutrición.

Reorganización del sistema de seguridad social: Hemos visto ya cómo, para llevar adelante el Plan Nacional de Salud, se tomaron varias decisiones trascendentales para la reorganización del Sector; en lo que respecta al Sistema de Seguridad Social, lo más relevante fue el traspaso a la Caja de los hospitales administrados por las Juntas de Protección Social y Patronatos, a lo cual se refiere la Ley N° 5349 ya mencionada. El Artículo 2 de esta Ley se refiere a la atención obligatoria por parte de la Caja con cargo al Estado, de la población no asegurada e incapaz de sufragar los gastos por servicios médicos, grupo que se conoce como Asegurados del Estado. En el artículo 6, la Ley dispone que la atención de las acciones de salud en materia de medicina preventiva, no reservadas por Ley a la Caja, es responsabilidad del Ministerio de Salud. El Artículo 7 expresa que las rentas e ingresos que de cualquier naturaleza estuvieran recibiendo las instituciones del Ministerio de Salud, Juntas de Protección o Patronatos que se traspasaran a la Caja, serían girados a la Caja Costarricense de Seguro Social, con la previsión de que si resultaran insuficientes, el Estado debería crear rentas específicas para completar el pago de la atención de sus asegurados. El Artículo 8 declara que esta Ley es de orden público y deroga todas las disposiciones legales anteriores en cuanto se le opusieran. El complemento de la Ley N° 5349 es la N° 5541, (12) que define las condiciones laborales de los trabajadores de los Centros que serían traspasados a la Caja. Otras acciones indispensables para el

reajuste estructural y de organización interna que la Caja requirió se fundamentaron en:

- El Decreto Ejecutivo N° 6919, del 4 de abril de 1977, que estableció la Comisión Nacional de Recursos Humanos, cuyo fin primordial era determinar las necesidades de profesionales de las ciencias médicas para los próximos años.
- El Decreto Ejecutivo N° 10653-P-OP de 1979, que dispuso la división del territorio nacional en cinco regiones para los efectos de investigación y planificación del desarrollo socioeconómico.
- Los acuerdos tomados por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, el 7 de junio de 1978, referidos a la reestructuración orgánica interna de los servicios médicos de esa institución, que incluía su desconcentración mediante las Direcciones Regionales.
- El Decreto Ejecutivo N° 9283-P de 1978, por lo cual se creó el Sistema de Reforma Administrativa, como parte integrante del Sistema Nacional de Planificación, con el propósito fundamental de lograr eficacia y productividad de la Administración Pública.
- El Decreto Ejecutivo N° 109157P-OP de 1979 que creó el Sub-sistema de Planificación y Coordinación Regional y Urbana, con el fin de orientar y coordinar la acción del Gobierno en el ámbito regional y el desarrollo equilibrado de las regiones del país.

Este Sub-sistema forma parte del Sistema de Planificación Nacional. El 15 de julio de 1978 la Junta Directiva de la Caja creó el Consejo Coordinador de los Servicios Médicos y dispuso la división territorial en las cinco regiones denominadas programáticas que coincidan con la regionalización a que se refiere el Decreto Ejecutivo N°. 10653-P-OP antes mencionado. En abril de 1979 empezó a funcionar la regionalización administrativa, que territorialmente coincide con la de Servicios Médicos y cumple funciones relativas a cobertura y recaudación de cuotas. (13)

El contexto político: Durante la campaña política de 1969, el candidato del partido Liberación Nacional, Don José Figueres, había ofrecido acelerar el desarrollo económico social del país y había puesto mucho énfasis en que en Costa Rica era posible erradicar la pobreza extrema. Al llegar a la Presidencia de la República, en mayo de 1970, comenzó inmediatamente a trabajar para alcanzar estos propósitos, junto con su gabinete. El

Presidente Figueres, logró despertar en muchos de sus colaboradores una gran motivación, y en un gran sector poblacional logró, también desencadenar un espíritu de colaboración y participación: al mismo tiempo que abrió grandes esperanzas en los sectores más pobres.

Es posible que el Señor Figueres sintiera que esta era su última oportunidad de servirle al país como Presidente (había sido Jefe de Estado en 1948-49 y Presidente 1954-58) y por eso estaba decidido a utilizar su experiencia y el poder para impulsar grandes transformaciones, especialmente de carácter social. El partido político de oposición (conservador) y el partido comunista comentaban con escepticismo las declaraciones de Don José Figueres y a veces las calificaban de extravagancias.

Pero en términos generales, el pensamiento del Presidente correspondía al de un verdadero reformador con una ideología social-demócrata adaptada al medio. El grupo que tomó el liderazgo dentro del sector salud, estaba imbuido de las ideas reformistas del Presidente, sabía que tenía su confianza y apoyo y actuó seria y rápidamente en lo que se refiere a la salud de los niños, que eran los más vulnerables y los más afectados. (14) Dos objetivos generales se propuso este grupo: Derribar barreras económicas, universalizando la atención médica y erradicar o controlar las enfermedades infecciosas comunes, considerando que ellas constituían otra poderosa barrera para alcanzar mejores niveles de salud. La idea del Presidente Figueres de erradicar la pobreza extrema presuponía establecer mecanismos para mejorar la redistribución del Producto Nacional Bruto, así como para aumentar la producción. En cuanto a lo primero, tomó la forma de dos instituciones. El Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) creado por la Ley 4760, (15) del 8 de mayo de 1971, cuyos fines rezan así: "Formular y ejecutar una política nacional de promoción social y humana de los sectores más débiles de la sociedad costarricense".

- Atenuar, disminuir o eliminar las causas generadoras de la indigencia y sus efectos.
- Hacer de los programas de estímulo social un medio para obtener, en el menor plazo posible, la incorporación de los grupos humanos marginados de las actividades económicas y sociales del país.
- Preparar los sectores indigentes en forma adecuada y rápida, para que mejoren sus

posibilidades de desempeñar trabajo remunerado.

- Atender las necesidades de los grupos sociales o de las personas que deban ser provistas de medios de subsistencia cuando carezcan de ellos.
- Procurar la participación de los sectores privados e instituciones públicas, nacionales y extranjeras, especializadas en estas tareas, en la creación y desarrollo de toda clase de sistemas y programas destinados a mejorar las condiciones culturales, sociales y económicas de los grupos afectados por la pobreza, con el máximo de participación de los esfuerzos de estos mismos grupos.
- Coordinar los programas nacionales de los sectores públicos y privados cuyos fines sean similares a los expresados en esta Ley".

La fuente principal de financiación del IMAS es el recargo de un medio por ciento mensual sobre los salarios o sueldos, ordinarios y extraordinarios, que paguen a sus trabajadores las empresas empadronadas en el Instituto Nacional de Aprendizaje, el Seguro Social o en el Banco Popular. La otra institución fue más bien originalmente un fondo creado por la Ley 5662 (16) o de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, publicada en La Gaceta del 28 de diciembre de 1971. Aunque este fondo estuvo discutiéndose durante el gobierno del Señor Figueres, le correspondió crearlos al Presidente Daniel Oduber, cuya administración se extendió de mayo de 1974 a mayo de 1978. Esta Ley creó un fondo especial para el desarrollo social y asignaciones familiares, administrado por la Dirección General que la misma creó. Los dineros provenientes de este fondo tienen como objetivo promover y completar programas y servicios de carácter socioeconómico, que favorezcan a personas o familias de escasos recursos, administrados por instituciones como el Ministerio de Salud (programas de nutrición, a cargo de Patronatos Escolares, y los centros locales de educación y nutrición), el Instituto Mixto de Ayuda Social, el Patronato Nacional de la Infancia, la Clínica Nacional de Nutrición, el Instituto de Desarrollo Agrario, que a su comienzo se llamó Instituto de Tierras y Colonización y el Instituto Nacional de Aprendizaje.

Del fondo se toma el 20% para la formación de un capital, con el cual se financia el Régimen No Contributivo de Pensiones, por un monto básico, que ampara a quienes no tienen derecho a acogerse a los

beneficios de los regímenes contributivos de la Caja Costarricense de Seguro Social, porque no han cotizado, o por no haber completado el número de cuotas reglamentarias. Por disposición de esta ley, los dineros por este concepto se le giran a la Caja Costarricense de Seguro Social, que administra este Régimen No Contributivo de Pensiones, paralelamente al de Invalidez, Vejez y Muerte. Del mismo fondo se otorgan prestaciones en dinero o asignaciones familiares a trabajadores de bajos ingresos, que tengan hijos menores de edad o inválidos, o mayores de 18 años y menores de 25, siempre que sean estudiantes de una institución de educación superior. Constituyen este fondo dineros provenientes de la Reforma a la Ley del Impuesto sobre las Ventas N°. 3914 del 17 de julio de 1967 y sus reformas, además de un recargo del 5% sobre el total de sueldos o salarios que los patronos públicos y privados paguen mensualmente a sus trabajadores, con las excepciones que señala la ley. El hecho excepcional en Costa Rica, de que el mismo partido político-Liberación Nacional (socialdemócrata) - ganara dos elecciones consecutivas permitió que la gran reforma del sector social, iniciada en 1970, pudiera continuar durante ocho años: este lapso hizo posible el cumplimiento de las metas y el perfeccionamiento del proceso político y técnico seguido por el ambicioso proyecto contenido en el Plan Nacional de Salud.

El Presidente Oduber impulsó con gran energía los programas iniciados en 1970, y los fortaleció vigorosamente con apoyo político y recursos financieros. Es posible que además del fuerte liderazgo ejercido por el Señor Oduber durante su administración, el hecho de haberse logrado en pocos años espectaculares resultados en el campo de la salud, contribuyeron a mantener durante ocho años consecutivos la necesaria voluntad política para la reforma del sector salud. Tales resultados alcanzados en un pequeño número de años, constituyeron un acontecimiento inesperado pero importantísimo en nuestro medio, ya que prevalecía el dogma de que los progresos en salud requerían un largo período de latencia. En esta experiencia, se vió que el tutelaje político es importante en una primera etapa, pero que los impresionantes resultados, realimentan el proceso de manera fundamental y estimulan al personal de salud y a la población en general, a tal grado, que la dinamizan poderosamente y le confieren una cierta vital autonomía dentro de la natural interdependencia. El personal de salud se puso de pie, después de muchos

años de desilusión y apatía, acelerando el progreso con su actitud positiva y entusiasta.

El papel de los grupos de presión: Durante la década de los setentas, y especialmente en los primeros años, los diversos grupos de presión de la sociedad costarricense jugaron un papel muy limitado; aún cuando las asociaciones de desarrollo comunal tenían conciencia de sus necesidades inmediatas, no poseían una idea clara sobre los medios que había que implementar para satisfacerlas. Por ésto les tomó de sorpresa las diferentes iniciativas originadas en el Ministerio de Salud y su papel, entonces, fue de asombro y tímido apoyo. Las asociaciones profesionales fueron más beligerantes, pero su posición fue de antagonismo al Ministerio de Salud. Esa oposición se expresó claramente en el caso del Programa de Salud Rural, cuando los colegios profesionales, se manifestaron en contra de él, alegando que el uso de personal auxiliar para ampliar la cobertura de servicios de salud, era un atentado contra la seguridad de las personas que recibirían estos servicios; ellos defendieron el principio de que la atención de las personas tenía que estar en manos de profesionales, argumento que esgrimieron porque no tenían experiencia ni conocimiento en relación con la organización de un sistema de salud para todos los habitantes, el cual implica el desarrollo de un nivel primario de atención que necesariamente emplea personal no profesional que actúa según normas bien definidas y bajo supervisión profesional.

La misma Asociación Costarricense de Especialistas en Salud Pública, manifestó que estaba en completo desacuerdo con el Programa de Salud Rural, pero la firmeza de los funcionarios del Ministerio de Salud impulsores de estas ideas, y las reiteradas explicaciones que se dieron en conferencias, mesas redondas y por medio de folletos, neutralizaron las declaraciones de los grupos opositores y permitieron que las nuevas actividades se iniciaran, tanto en San Ramón, bajo el liderazgo del Dr. Juan Guillermo Ortiz, como en las zonas donde se libraba la lucha contra el paludismo, cuyo personal fue capacitado para que, adicionalmente, actuara en forma polivalente con funciones nuevas que incidieran sobre otros problemas de salud considerados a partir de ese momento, fundamentales.

La otra gran decisión que dio lugar a polémicas encendidas y a una lucha fuerte, aunque

de altura, fue la de reorganizar la administración hospitalaria, traspasando estos centros a la Caja Costarricense de Seguro Social, y en consecuencia, eliminando las Juntas de Protección y los Patronatos. Tanto los miembros de estas organizaciones como algunos medios de comunicación, se opusieron a esa decisión, alegando que la universalización del Seguro Social era incontrolable y podría dejar sin atención a los indigentes. Altos funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social, veían con preocupación esta iniciativa, porque decían que podía convertirse en la ruina de esa Institución. Aunque en 1961, se había decretado la Ley 2738, que obligó a la universalización de los seguros sociales en un plazo no mayor de 10 años, esta ley fue interpretada por diversos funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social, como una disposición que obligaba a la universalización de los seguros obligatorios, o sea, abarcar a todos los trabajadores asalariados, pero no a la población no asalariada.

No obstante lo anterior, después de numerosas discusiones y negociaciones, se llegó a un acuerdo entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social: en este acuerdo participaron representantes de la Asamblea Legislativa pertenecientes al partido Liberación Nacional y el Segundo Vicepresidente de la República, Dr. Manuel Aguilar Bonilla. Otro obstáculo que surgió para este proyecto, fue la oposición que manifestaron autoridades superiores de la Organización Panamericana de la Salud, las cuales presionaron con fuerza al Ministro de Salud y al Presidente de la República, para que retiraran la ley. Tanto el Presidente como el Ministro, oyeron los argumentos en contra del proyecto, pero apoyaron a los técnicos nacionales que lo propiciaron. A partir de 1974, el Presidente Oduber, su primer Vicepresidente, Dr. Carlos Manuel Castillo y el Ministro de Salud, no sólo desarrollaron aceleradamente el Programa de Asignaciones Familiares, sino también impulsaron con energía y acierto todo el proyecto reformista del sector salud con lo que la participación activa y vehemente de las comunidades organizadas, especialmente de las zonas rurales, se hizo evidente. La tradicional demanda de la población por servicios de educación, se cambió por servicios de salud, porque se descubrió que era posible obtenerlos a corto plazo y a un costo razonable.

Varios años después de iniciada esta trascendental reforma, resulta interesante constatar

que en todo el proceso privó el sentido costarricense tradicional, de hacer cambios sucesivos en busca del bienestar de toda la población, dentro de un marco de legalidad y buscando el consenso por medio del convencimiento en lugar de recurrir a la fuerza y los actos brutales. También resulta halagador ver que esa reforma condujo a espectaculares mejorías en la salud de la población y en un plazo tan corto, que anteriormente se consideró algo absolutamente imposible de alcanzar.

LA DECADA DE LOS 80

En 1980, en Costa Rica la Mortalidad General fue de 4.1 por mil y la Mortalidad Infantil de 20 por mil, en el perfil de morbi-mortalidad predominaron las enfermedades crónicas, tanto en adultos como en niños y se comenzó a generalizar el sentimiento de que el país había llegado a su límite de competencia en esta materia. Por otro lado, se presentó una de las más severas crisis económicas de este siglo: hubo una devaluación de 600 por ciento, la inflación alcanzó el 100%, se agotaron las reservas de divisas, la desocupación alcanzó el 10% y el déficit fiscal fue del 14% del Producto Interno Bruto.

Los primeros años de la década: Para el sector salud los pronósticos fueron ominosos; algunas personas comenzaron a señalar deterioro en programas claves de naturaleza sanitaria o de asistencia médica y todos los expertos internacionales que nos visitaron coincidieron en que el país no podría mantener intactos sus servicios de salud y en consecuencia aumentarían la morbilidad y mortalidad, particularmente en el campo de las enfermedades infecciosas y las deficiencias nutricionales.

El gasto en salud había alcanzado la importante cifra de más del 7% del Producto Interno Bruto a fines de los 70 y a principios de los 80 bajó a alrededor de 6%, reduciéndose fuertemente el capítulo de inversiones y los de equipo, maquinaria y suministros comunes. La crisis económica empobreció bruscamente a un vasto sector de la población y redujo sustancialmente los presupuestos destinados a financiar el gasto de operación de los diferentes programas de salud pública, atención del medio ambiente y medicina curativa. Surgió un gran temor generalizado, porque parecía que todas las ganancias obtenidas durante la década de los 70 se perderían y volverían a imperar las enfermedades

infecciosas y la desnutrición que son patologías características de la miseria y el subdesarrollo; la escasez de suministros comunes se hizo presente y aumentaron considerablemente las quejas y la inconformidad del personal contra la administración de las instituciones prestadoras de servicios.

A la crisis económica y financiera se unió el serio problema de la migración de centroamericanos hacia Costa Rica, migración compuesta fundamentalmente de personas pobres, enfermas y analfabetas. La población muy pobre de Costa Rica no sólo aumentó debido al problema económico, sino en razón del elevado número de pobres que llegaron al país; con ellos ingresaron también numerosos problemas de salud que ya habían sido eliminados o controlados y ésto, sin duda agravó nuestra situación.

Entre las enfermedades que aumentaron podemos citar al paludismo, tuberculosis, escabiasis, denutrición, algunas parasitosis y ciertas infecciones prevenibles con vacunación. También aumentó levemente la mortalidad relacionada con algunas de esas mismas condiciones. El gran impacto negativo que ciertos grupos nacionales e internacionales anunciaron para América Latina, no se produjo en Costa Rica; la razón de esto, fue que en los 70 se desarrolló una infraestructura y un tipo de servicios con acceso para toda la población, que aún cuando sufrieron cierto deterioro, funcionaron durante la crisis y salvaron a la población de escasos recursos de una verdadera catástrofe que pudo haber incendiado a todo el país. El Sistema Nacional de Salud se puso a prueba y demostró sus virtudes.

A mediados de la década de los 80 el país había reaccionado vigorosamente y una parte de los asuntos económicos habían sido ordenados; la calma sustituyó al temor y renació la confianza. Aceleradamente se inició un programa de ajuste estructural y estimuló a las exportaciones y en el sector salud se intensificaron las acciones tendientes a proteger a los más necesitados y a coordinar mejor las actividades de las instituciones que forman el Sistema.

Impacto sobre la salud: La turbulencia de los primeros años no se reflejó de manera importante en la mortalidad infantil. No obstante, si examinamos la mortalidad por diarrea, se comprueba que en relación con la crisis económica o coincidiendo con ella, se produjo un pequeño aumento exactamente en 1982, el cual, al año siguiente se había resuelto.

En Costa Rica el impacto negativo de la crisis sobre la condición de salud de la población fue mínimo y se resolvió muy rápidamente, es decir, se reaccionó inmediata y efectivamente con lo cual se conjuró lo que pudo ser un grave inconveniente para el desarrollo de la Nación. Esta capacidad de reacción debe abonársele al Sistema Nacional de Salud y demuestra su fortaleza en los 3 niveles fundamentales que lo componen y en las Instituciones que forman parte de él; por otra parte, es indudable que las comunidades y los individuos también se organizaron mejor y contribuyeron directamente a minimizar los daños que se habían pronosticado. Como veremos a continuación, los años de crisis sirvieron para plantear con claridad y decisión una serie de ajustes que muy rápidamente produjeron un fuerte impacto positivo a pesar de los recortes en los presupuestos.

Los últimos años de la década: La crisis nos enseñó que era necesario revisar y transformar la estructura y función del sector público para hacerlo más sólido, eficiente y moderno. Puso al descubierto problemas de tamaño, competencia y debilidad técnica así como la obsolescencia organizacional de muchas instituciones y conceptos. Quedó claro que había que reducir el tamaño del estado, hacerlo más eficiente y mejor administrador tanto de recursos como del conocimiento; también ganó terreno la Teoría de Sistemas, incluyendo el principio de complementación entre lo público y lo privado.

Superando el terreno de los primeros años, ahora nos hemos dedicado a reestructurar y consolidar un Sistema Nacional de Salud, universal, desconcentrado y basado en programas de atención primaria con fuerte participación de la comunidad organizada. Varios decretos y convenios han establecido con firmeza un verdadero sistema integrado de servicios de salud que pulverizó las contradicciones e interpretaciones erróneas del pasado y dió paso a un torrente de innovaciones que han mejorado enormemente la cantidad y calidad de los servicios, a pesar de los recortes en los presupuestos. La experiencia de estos últimos años, demostró que durante la crisis estuvieron presentes tres actores: la depresión económica, la masiva inmigración de centroamericanos y una estructura caduca del estado que era necesario cambiar. Al cambiarla, nos dimos cuenta de que podíamos hacer más con menos dinero en el sector público y que entre éste y el sector privado deben existir anchos puentes de unificación. La única respuesta responsable que podía darse era una profunda

reflexión seguida de una obstinada acción que renovara y dinamizara el Sistema Nacional de Salud y eso fue lo que se hizo.

Quienes nunca han tenido fé en Costa Rica, desde el principio mismo de la crisis saltaron gritando que al fin el país se hundiría; en cierta forma, eso era lo que habían deseado desde años atrás. Los que tenemos fé en los costarricense hemos sostenido que la crisis sería una oportunidad para revisar, cambiar y mejorar. El tiempo nos dió la razón. De 1986 a 1989 la mortalidad infantil fue reducida en un 25%, se eliminaron las quemaduras graves por pólvora y la desnutrición severa prácticamente desapareció. El país continuó libre de poliomielitis, difteria, rabia humana, fiebre amarilla y dengue. Otras condiciones como xeroftalmia, escorbuto y pelagra dejaron de ser problemas de salud pública y se redujeron en más del 50% la mortalidad materna, las enfermedades prevenibles por vacunación, las muertes relacionadas con alimentos contaminados y aquellos problemas que recrudecieron en conexión con la inmigración masiva de centroamericanos en años pasados.

Entre 1986 y 1989 las muertes debidas a accidentes de tránsito disminuyeron en un 16% y las causadas por sumersión cayeron en 50%. En otro orden de cosas, pudimos comprobar un aumento de la estatura de los jóvenes que tienen entre 18 y 20 años de edad; en relación con 1966 los hombres aumentaron 6 cm. y las mujeres 4.5 cm. Como consecuencia de lo anterior, la mortalidad general bajó a 3.7 por mil, la más baja del mundo y la expectativa de vida alcanzó los 76 años.

El contexto político: Durante los primeros años de la década la lucha fue por salvar al Sistema de Salud y proteger la salud de la población en medio de una severa crisis económica; los últimos años fueron una lucha para volver a progresar. Desde el principio ganó terreno la idea de reestructurar con base más pragmática que ideológica; los principios de eficiencia, racionalidad, priorización y complementación y la necesidad de reducir el tamaño del Estado, se abrieron paso en el Sector Público y llegaron al Sistema de Salud.

Durante la campaña político-electoral de 1985 maduró el deseo de dar un nuevo salto cualitativo en dos frentes: El internacional, para contribuir a la paz en Centroamérica y obtener la estabilidad necesaria para el desarrollo y el nacional,

para modernizar las estructuras productivas y sociales del país, incluyendo al propio Estado; levantar el nivel de vida de los grupos más afectados por la recesión (empleo y vivienda) y profundizar un proceso de democratización participativa.

A partir de 1986 se plantearon los siguientes propósitos fundamentales:

1. En materia de salud pública se mejorará la calidad del ambiente y se erradicarán las enfermedades infecciosas que sea posible, algunas parasitosis y la desnutrición. En medicina preventiva tendrán prioridad los problemas de la mujer, el niño y los jóvenes y la salud ocupacional de los adultos; se fortalecerán, además los programas para la tercera edad. Especial atención se pondrá en el proyecto de salud dental para todos.
2. En cuanto a la atención médica se impulsará la descentralización de hospitales y clínicas y se promoverá una amplia participación de personal de salud y sus organizaciones, así como de las propias comunidades. Además se hará el máximo esfuerzo para humanizar los servicios a los pacientes y extender el programa de medicina mixta.
3. En relación con el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja Costarricense de Seguro Social, se generalizarán sus beneficios, mediante las provisiones financieras del caso, procediendo en forma similar a como se actuó con el Régimen de Enfermedad y Maternidad. Se establecerá el Sistema Nacional de Seguro Social, con la participación de las instituciones pertinentes, con el fin de apoyar y promover más firmemente las políticas de salud para todos.

Por otro lado, se definió una Política Nacional de Salud (17) en los siguientes términos:

1. Salud para todos como meta social y compromiso nacional e internacional.
2. Desarrollo del Sistema Nacional de Salud y de las Instituciones que integran el Sector Salud.
3. Fortalecimiento de la Infraestructura de Servicios de Salud.
4. Consolidación de los avances en salud y abordaje de nuevos problemas y enfoques en la Atención Integral de la Población.
5. Participación de la comunidad en todas las actividades del Sistema de Servicios de Salud.
6. Prioridades en la Prestación de Servicios de Salud: Prevención y control de enfermedades

transmisibles, prevención y control de enfermedades crónicas, salud Maternoinfantil, salud ambiental, preparativos para desastres y emergencias y desarrollo de la infraestructura física.

REFLEXIONES FINALES

De la experiencia de 1970 aprendimos que era posible progresar en el campo de la salud aún con limitaciones económicas, pero que no había tiempo que perder. En 1986, desde el día en que fui designado Ministro de Salud, comenzamos a trabajar de 12 a 14 horas diarias en los siguientes aspectos:

Ministerio De Salud: Una política de salud, promoción de la salud, prevención de enfermedades y erradicación de la desnutrición y algunas infecciones, integración de la Atención Primaria, definición de áreas de salud, desconcentración, participación de la comunidad, énfasis en los grupos más vulnerables, desarrollo de subsistemas técnicos y administrativos, proceso gerencial, automatización, capacidad y educación a distancia, investigación, concertación y cooperación vs. confrontación, paradigma de las enfermedades crónica, educación para la salud, publicaciones, estímulos al personal (reconocimientos), infraestructura física, saneamiento ambiental, inteligencia epidemiológica.

Sistema Nacional De Salud: Coordinación con la Caja Costarricense de Seguro Social, cobertura universal, desconcentración, nuevas formas de atención médica, programación conjunta, integración de plantas físicas y de ciertos servicios, desarrollo de Sistemas Locales de Salud, acueductos y Alcantarillados en el ICAA, accidentes y Medicina Laboral en el INS, transformación del Servicio Social Obligatorio, participación del Sector Privado, mayor participación de las Municipalidades y mayor participación de las comunidades.

Consejo Nacional De Salud: Secretaria Ejecutiva para: Planificación a mediano y largo plazo, presupuestos, monitoreo y evaluación, orientación política, hacer coincidir las regiones con las provincias, racionalización, regulación y desregulación. Durante ese tiempo se trabajó en las siguientes áreas: Política, administrativa, financiera, conocimiento científico, informática, jurídica, y sociológica. Sin embargo, estimo que lo más importante fue motivar el personal con un mensaje lúcido y con un claro y recto ejemplo de

trabajo incansable. En segundo lugar, el fuerte apoyo permanente a los programas de Atención Primaria, su integración en el nivel local y la desconcentración de funciones y autoridad del nivel central al regional y local, así como el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, la atención prenatal y el saneamiento ambiental. También fue muy importante no atomizar o dilapidar los recursos limitados, concentrándolos en los cantones, comunidades y familias más necesitadas. Busqué el mayor consenso posible alrededor de mis ideas, conceptos y estrategias, pero tomé siempre la iniciativa y asumí toda la responsabilidad por mis actos.

Aún cuando la profesionalización y especialización son deseables, es posible avanzar notablemente con el personal no profesional ni especialistas; en el Ministerio de Salud con pocos médicos especialistas y muy escasos profesionales en las áreas administrativas o financieras, se lograron progresos muy importantes especialmente en el control de problemas infecciosos o carenciales, extensión de cobertura o protección a la madre e hijos así como en materia de saneamiento ambiental básico e higiene personal.

Contrariamente a lo que con frecuencia se menciona, la contribución de los grupos de presión y las organizaciones gremiales ha sido escasa; más aún, los grandes problemas nacionales que se han superado en el campo de la salud, han tenido que enfrentar la oposición de estos grupos. Algo similar puede decirse del papel de la participación comunitaria, la cual a pesar de que ha contribuido más, lo ha hecho en forma intermitente y débil. Definir políticas claras, fijar metas difíciles de alcanzar y organizar los recursos y las tareas con que deben alcanzarse; aprovechar los medios de comunicación para llegar frecuentemente a todo el personal con mensajes estimulantes y monitorear sistemáticamente actividades claves, son todos recursos útiles para movilizar a los trabajadores de la salud y al público en general a luchar con mística y fe en las tareas cotidianas. Convencer a todos los grupos de que podemos avanzar y derrotar a enemigos consuetudinarios de la salud, produce un fenómeno similar al de Pígalion. "Contrario sensu" creer que no se puede avanzar, produce inmediatamente una sensación generalizada de que es imposible progresar, esterilidad del pensamiento y parálisis en la acción. Esta experiencia heurística acumulada durante 20 años de pensar y actuar prácticamente en casi todos los niveles y campos de

la salud, me permitieron concebir la teoría general de paradigmas de salud, la cual explica la evolución de la salud en Costa Rica desde la corriente científica que sostiene que los grandes cambios en cualquier área del quehacer humano son consecuencia de cambios en la forma de interpretar globalmente la realidad, abandonando aquellas interpretaciones, políticas y estrategias equivocadas y sustituyéndolas por otras más auténticas, en un proceso continuo de construcción y reestructuración. (18)

Cuadro 3: Metas para la salud infantil 1986-1990

Disminuir la Mortalidad Infantil a la 14 por mil
 Reducir en un 50% los embarazos no deseados
 Reducir en un 50% la endogamia
 Consulta prenatal al 100% de las embarazadas
 Captar el 100% de los embarazos de alto riesgo y referirlos a un centro especializado
 Mejorar la calidad del parto
 Disminuir las cesáreas en un 20%
 Disminuir en 30% la prematuridad y el bajo peso al nacer
 Disminuir en 50% la hipoxia neonatal
 Disminuir en 90% la membrana hialina
 Disminuir en 50% la hemorragia intra craneal
 Disminuir en 20% las malformaciones congénitas
 Control de crecimiento y desarrollo al 100% de los niños (uso del Carnet de Salud del Niño)

Cuadro 4: Estrategias e intervenciones necesarias para alcanzar las metas del cuadro 3.

Mejorar la integración familiar
 Promover una edad óptima para embarazo
 Espaciamiento óptimo del embarazo
 Atención prenatal universal y clasificación del riesgo del parto
 Parto institucional de alta calidad
 Sistema de transporte para recién nacidos enfermos
 Captación del recién nacido en el hogar
 Vigilancia del crecimiento y desarrollo (Carnet de Salud del Niño)
 Lactancia Materna, suplemento de hierro y alimentación apropiada.
 Introducción de nuevas vacunas
 Atención primaria y secundaria de buena calidad y accesible para todos. Excelencia en la atención terciaria. Detección temprana de problemas
 Organización de la comunidad y activa participación
 Saneamiento ambiental básico
 Énfasis en la erradicación o el control de las enfermedades infecciosas y la prevención o control de afecciones perinatales y malformaciones congénitas
 Paquete de educación para la salud que comprenda la eliminación de ciertos hábitos nocivos y la prevención de enfermedades crónicas y accidentes
 Vivienda apropiada.

Basados en esta teoría pudimos reconocer tres etapas en los últimos 50 años que en última instancia explican la razón y causa de los cambios en

la salud de los costarricenses. Cambiar un paradigma por otro es la clave para hacer posible lo que parece imposible. Como ejemplo de una definición de metas para la salud infantil, en el cuadro 3 citaremos las del período de gobierno 1986-1990, y como ejemplo de estrategias o intervenciones correlativas y necesarias para alcanzar esas metas, se presentan las establecidas en esa misma época de gobierno en el cuadro 4.

REFERENCIAS

1. Mohs, Edgar. La salud en Costa Rica. San José. Editorial Universidad Estatal a Distancia. 1983.
2. Costa Rica, Leyes y Decretos. Ley de creación de los seguros sociales obligatorios. N° 17. La Gaceta N° 247. San José, 4 noviembre 1941.
3. Costa Rica, Leyes y Decretos. Ley constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. N° 17. La Gaceta N°235. San José, 22 de octubre de 1943.
4. 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.
5. Costa Rica, Leyes y Decretos. Ley sobre la universalización de los seguros sociales obligatorios. N° 2738. La Gaceta. N°111. San José, 17 de mayo de 1961.
6. Costa Rica, Leyes y Decretos. Ley de eliminación de topes de la C.C.S.S. N° 4750. La Gaceta N° 91. San José, 29 de abril de 1979.
7. Costa Rica, Leyes y Decretos. Ley Constitutiva del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. N°2726. La Gaceta N° 109. San José, 14 de abril de 1961.
8. Mohs, Edgar. Infectious diseases and health in Costa Rica: The development of a new paradigm. *Pediatr. Infect. Dis.* 1982 1:212-15.
9. Costa Rica, Leyes y Decretos. Ley de traspaso de los hospitales a la C.C.S.S. N° 5349. La Gaceta N° 186. San José, 03 de octubre de 1973.
10. Costa Rica, Leyes y Decretos. Ley General de Salud. N° 5395. La Gaceta N°222. San José, 10 de noviembre de 1973.
11. Costa Rica, Leyes y Decretos. Ley orgánica del Ministerio de Salud. N° 5412. La Gaceta N° 12. San José 18 de enero de 1974.
12. Costa Rica, Leyes y Decretos. Ley sobre derechos laborales. Traspaso de hospitales a la C.C.S.S. N° 5541. La Gaceta N° 135. San José, 18 de julio de 1974.
13. Miranda, Guido. La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica. 1ª. Ed. Editorial Nacional de Salud, Seguridad Social. Caja Costarricense de Seguro Social. 1988
14. Mohs, Edgar. Salud, Medicina y Democracia. El surgimiento de una nueva era. San José. Universidad de Costa Rica. Departamento de Publicaciones. 1980.
15. Costa Rica, Leyes y Decretos. Ley del Instituto Mixto de Ayuda Social. N° 4760. La Gaceta N° 98. San José, 8 de mayo de 1971.
16. Costa Rica, Leyes y Decretos. Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares. N° 5662. La Gaceta N° 248. 28 de diciembre de 1974.
17. Mohs, Edgar. Política Nacional de Salud 1986-1990. Ministerio de Salud, Costa Rica, 1986.
18. Mohs, Edgar. General theory of paradigms in health. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 1991. 10:428-33.

Acta Pediátrica Costarricense

Órgano oficial de la Asociación Costarricense de Pediatría.

Consideraciones generales:

Acta Pediátrica Costarricense provee un medio para la comunicación y el intercambio de ideas y trabajos de investigación en el campo de la pediatría. La revista está dedicada a todos aquellos que de una u otra manera tienen que ver con el quehacer pediátrico, médicos generales, pediatras, enfermeras, microbiólogos, farmacéuticos, trabajadores sociales etc. Se publica en forma cuatrimestral y publica:

- *Artículos de investigación original* reportando progreso y resultados en todas las áreas de la pediatría.
- *Artículos de revisión*, reflejando el conocimiento actual en áreas especiales, así como la actualidad del tratamiento.
- *Artículos especiales*, desarrollando áreas de interés particular o controversiales.
- *Comunicaciones cortas*
- *Observaciones clínicas* con revisión de la literatura.
- *Esquemas básicos de manejo* con lo último descrito en la literatura.
- *Revisión de libros y de la literatura*
- *Reportes de Congresos*
- *Anuncios*

Los trabajos de investigación en humanos deben indicar que se ha obtenido consentimiento por escrito del padre, encargado o responsable del sujeto incluido en la investigación antes de ser incluido en la misma. Los protocolos deben ser revisados y aprobado por el comité revisor nombrado a previo en el centro donde se realizó la investigación antes de ser iniciada, por lo tanto deben estar de acuerdo con los postulados éticos y estándares de la Declaración de Helsinki de 1964. Los reportes de experimentos hechos en animales deben incluir una carta indicando que los "Principios de cuidado animal en el laboratorio" (NIH, publicación No. 86-23, revisada en 1985) fueron seguidos, así como las leyes nacionales para la protección de los animales en los respectivos países.

El Editor-Jefe se reserva el derecho de rechazar cualquier manuscrito que no cumpla con los requisitos anteriormente citados. Los autores se harán responsables de cualquier afirmación falsa o cualquier falla para cumplir con los requisitos anteriores. La revista se encuentra abierta para la publicación de suplementos y abstracts de los Congresos Nacionales e Internacionales. Las condiciones se pueden obtener a través de su Director General.

Copyright:

Los artículos son aceptados para su publicación, solo si no han sido publicados en su totalidad o en parte por otra revista, aunque ésta sea en otro idioma (excepto en forma de abstract o resumen). Todos los manuscritos deben ser acompañados del machote firmado por los

autores donde se da fe de que el manuscrito es original y no está siendo considerado o ha sido publicado por otra revista y que todos los autores conocen el contenido y están de acuerdo con el mismo. Una vez que el manuscrito es aceptado para publicación, los autores automáticamente transfieren el derecho de Copyright a la compañía editorial, en este caso a la Asociación Costarricense de Pediatría y aceptan que no será publicado en ninguna otra revista cualquiera que sea su idioma, sin el consentimiento de los dueños del Copyright. Todos los artículos publicados en esta revista están protegidos por el copyright, que cubre el derecho exclusivo de reproducir y distribuir el artículo, así como sus traducciones. Ningun material publicado en esta revista puede ser reproducido fotográficamente, ser guardado en microfilm, en bases electrónicas de datos, video, diskettes, etc. sin obtener primero el permiso necesario de los editores.

Las opiniones expresadas en los artículos no son necesariamente las mismas de los editores o de la casa editorial. Ni los editores ni la casa editorial se hacen garantes por cualquier producto o servicio anunciado en esta publicación. Ni los autores, ni los editores o la casa editorial se hacen responsables por cualquier error u omisión que se cometa durante el proceso de publicación.

Información de suscripción:

ISSN 1409-0090

Volumen 10 (3 números) y suplementos o números extraordinarios, se publicarán en 1996 (Abril, Agosto, Diciembre).

Actualmente la revista es financiada en su totalidad por la Asociación Costarricense de Pediatría y por ingresos obtenidos de la venta de publicidad a diferentes casas comerciales.

Si desea recibir la revista dirija una carta o nota al director y/o editor en jefe a:

ACOPE

Apartado 1654-1000

San José, Costa Rica.

Preparación de manuscritos:

Todos los manuscritos deben ser enviados por duplicado en formato de 8 1/2 x 11 pulgadas (22 x 28 cm), a máquina o impresos en computadora con calidad de impresión, secuencialmente numeradas, a doble espacio y con márgenes liberales, aproximadamente 25 líneas por página. La primera página debe incluir el título, el nombre de todos los autores con sus respectivos títulos académicos, así como afiliación institucional y/o universitaria. Se deberá incluir el nombre y la dirección exacta, teléfono, fax y correo electrónico (si aplica) del autor a quien se debe dirigir la correspondencia. De ser posible se debe incluir un diskette (el cual le será devuelto) con el texto, enumerando el nombre del archivo así como del programa utilizado.

Todos los artículos originales de investigación deben incluir un resumen de 200 palabras o menos que aparecerá después de la primera página donde se describe la investigación de la misma forma que en el contenido principal. (*Objetivo, diseño, sitio de realización, materiales y métodos, resultados y*

conclusiones). Se solicita se adjunten por lo menos 5 palabras clave.

El texto de debe dividir en introducción, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones y referencias. Los agradecimientos se deben colocar al final antes de la sección de referencias. En la sección de materiales y métodos se debe ser explícito con respecto al análisis estadístico que realizó en la investigación. Se debe hacer mención al o los programas de computadora utilizados (ej. Epi-Info 6, Centers for disease control and prevention, Atlanta, Georgia, U.S.A., 1994). Las referencias se colocarán numeradas de acuerdo al orden de aparición en el texto, siguiendo el formato internacional publicado en *N Eng J Med 1991;324:424-8*, con las abreviaturas para las revistas como aparecen en el Index Médico acumulado o en el Medline:

-*Artículo de revista:* Pérez RA, Sonora TW, Peters V. Inmunodeficiencia en los niños. JAMA 1912;130:345-9. Si son más de seis autores, incluir los primeros tres y luego et al.

-*Libros:* Zamora JL. Como presentar un manuscrito. San José: Editorial Costa Rica, 1980: 72-95.

-*Capítulo de un libro:* Pérez RA. La bibliografía. En: Zamora JL, ed. Como presentar un manuscrito. San José: Editorial Costa Rica, 1980: 94-9.

Las tablas, cuadros o gráficos deben ser entendibles por sí solas, deben venir en una hoja aparte y escrita a doble espacio, no debe duplicar el texto. Cada uno en una hoja aparte con un título breve. Si ésta ha sido publicada previamente, una nota al pie debe establecer con total crédito su origen. Los gráficos deben tener muy buena calidad puesto que serán publicados igual a su presentación. Si es posible al igual que el texto se entregarán en el mismo diskette, expresando el nombre y el programa utilizado (Harvard Graphics®, Power Point®, Excel®, MS Graphics®). La publicación de gráficos es en blanco y negro por lo que el paquete utilizado para los gráficos debe ser el mismo.

Es posible la publicación de fotografías y gráficos a todo color, siempre y cuando éstas sean de excelente calidad (solo originales) y en el caso de que el costo sea superior a lo que la revista considere adecuado, el o los autores deberán cubrir el costo de la separación de colores e impresión.

Artículos de Revisión:

Se es especialmente críticos con este tipo de artículos ya que generalmente son una revisión o actualización sobre un tema específico y toda aseveración debe estar acompañada de una referencia reciente al respecto. Deben tener un orden lógico con introducción, texto medio y conclusiones. Si se desea desarrollar algún tema en particular, es conveniente ponerse en contacto con el editor o el director sobre los temas de importancia en el momento. No se recibirán artículos que no hagan las referencias adecuadas en el texto. Un artículo usual de revisión debe contener al menos 20 referencias.

Impreso en San José, Costa Rica.